



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - REMULTISF**

**ANA ISABEL DE GODOY FERREIRA**

**PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE ESPAÇOS E AÇÕES**  
**PARA O EXERCÍCIO DA PRÁXIS INTERDISCIPLINAR EM UM CENTRO DE**  
**SAÚDE DO SUL DO BRASIL**

**FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2014**

ANA ISABEL DE GODOY FERREIRA

**PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE ESPAÇOS E AÇÕES  
PARA O EXERCÍCIO DA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR EM UM CENTRO DE  
SAÚDE DO SUL DO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso da Residência Multiprofissional  
em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa  
Catarina.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Keli Regina Dal Prá

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2014



ANA ISABEL DE GODOY FERREIRA

**PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE ESPAÇOS E AÇÕES  
PARA O EXERCÍCIO DA PRÁXIS INTERDISCIPLINAR EM UM CENTRO DE  
SAÚDE DO SUL DO BRASIL**

Este trabalho de conclusão de curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina, requisito para integralização do referido curso, foi julgado aprovado.

Florianópolis, 24 de fevereiro de 2014.

**Banca examinadora:**

---

Dra.Keli Regina Dal Prá (Presidente /Universidade Federal de Santa Catarina)

---

Msc. Fernanda Paese (1º Examinadora /Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis)

---

Dra. Ana Izabel Jatobá (2º Examinadora/Universidade Federal de Santa Catarina)



## RESUMO

A interdisciplinaridade é um importante eixo organizador do processo de trabalho na APS, considerando a complexidade das demandas apresentadas pelos indivíduos, famílias e comunidades às equipes multiprofissionais, que devem buscar estabelecer relações horizontais entre si e com os usuários, e realizar uma assistência à saúde de acordo com os princípios do SUS. A presente pesquisa discutiu como a composição multiprofissional possibilita uma práxis interdisciplinar na APS, descrevendo as concepções de interdisciplinaridade apresentadas pelos profissionais de saúde, caracterizando os espaços proporcionados pela organização do trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares, e verificando quais ações interdisciplinares os profissionais identificam que realizam nos espaços de trabalho. Para tanto, o estudo desenvolvido é de natureza qualitativa, na forma exploratório-descritiva, através de aplicação de questionário semiestruturado, tendo como cenário um centro de saúde do sul do Brasil. Os participantes foram profissionais vinculados à Saúde da Família, Saúde Bucal, Consultório na Rua, NASF e atividades-meio. Dentre os principais resultados encontramos concepções que demonstram desconhecimento do significado literal do termo interdisciplinaridade; que evidenciam uma compreensão superficial do assunto, considerando multiprofissionalidade como sinônimo de interdisciplinaridade, sem diferenciar as noções de multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade; que expressam uma compreensão mais genérica do tema, muitas vezes convergentes com a bibliografia; que indicam uma capacidade objetiva de relacionar o conhecimento teórico às vivências concretas do cotidiano; e concepções que relacionam o tema às questões da integralidade, intersetorialidade, educação em saúde e humanização das condições e relações de trabalho. Os profissionais de saúde não mencionaram interações com os profissionais dedicados às atividades-meio, indicando certa invisibilidade destes últimos na percepção dos primeiros, embora estes últimos, por seu lado, tenham mencionado sua participação nas reuniões de planejamento da unidade e a realização de algumas ações interdisciplinares. Quanto aos espaços proporcionados pela organização do processo de trabalho para o exercício da interdisciplinaridade, percebemos que, embora os gestores se preocupem em criar espaços formais de reunião, não têm dado condições de trabalho para que todos participem ou as realizam com regularidade. Apesar disso, os sujeitos de pesquisa reconhecem estes e outros espaços como oportunidades para a busca e o exercício da interdisciplinaridade, destacando as reuniões de equipe e de planejamento, os matriciamentos, atendimentos conjuntos, visitas domiciliares, acolhimento, grupos de educação em saúde e espaços informais. Os espaços de reflexão e planejamento da Residência foram citados como espaços privilegiados, que auxiliam no exercício da interdisciplinaridade, destacando a importância de atuar em conjunto com os servidores. Quanto às ações interdisciplinares que acreditam conseguir realizar, identificamos as ações de trocas de saberes entre profissionais; as situações em que os profissionais compartilham conhecimentos em conjunto com os usuários, o planejamento do processo de trabalho e as ações voltadas para o território e a comunidade. Concluímos que a busca pela práxis interdisciplinar está intimamente vinculada à busca pela consolidação do SUS que, em nosso ponto de vista, não será alcançada sem a transformação da sociedade capitalista, rumo ao socialismo.

**Palavras-chave:** Atenção Primária em Saúde; SUS; Interdisciplinaridade; Equipe de Saúde; Residência Multiprofissional em Saúde da Família.



## RESUMEN

La interdisciplinariedad es un importante eje organizador del proceso de trabajo en la APS, teniendo en cuenta la complejidad de las demandas presentadas por individuos, familias y comunidades a los equipos multiprofesionales de salud, que deben tratar de establecer relaciones horizontales entre sí y con los usuarios, y realizar una asistencia a la salud de acuerdo con los principios del SUS. La presente investigación analizó cómo la composición multiprofesional permite a una praxis interdisciplinaria en la APS, describiendo a los conceptos de interdisciplinariedad presentados por los profesionales de la salud, caracterizando los espacios proporcionados por la organización del trabajo para el desarrollo de acciones interdisciplinarias, y averiguando cuáles acciones interdisciplinarias los profesionales identifican que llevan a cabo en los espacios de trabajo. Para eso, el estudio desarrollado es cualitativo, exploratorio y descriptivo, cumplido mediante la aplicación de cuestionario semi-estructurado, teniendo como escenario un centro de salud en el sur de Brasil. Los participantes eran profesionales vinculados a la “Saúde da Família”, a la “Saúde Bucal”, al “Consultório na Rua”, al NASF y a las actividades de apoyo. Entre los principales resultados, encontramos conceptos que demuestran desconocimiento del significado literal del término interdisciplinariedad; que muestran una comprensión superficial de la materia, tomando multiprofesionalidad como sinónimo de interdisciplinariedad, sin distinguir los conceptos de multidisciplinariedad y pluridisciplinariedad; que expresan una comprensión más general del tema, a menudo convergente con la bibliografía; que indican una capacidad objetiva de relacionar los conocimientos teóricos con las experiencias cotidianas prácticas; y conceptos que relacionan el tema a las cuestiones de la asistencia integral en la salud, enfoque intersectorial, la educación en salud y la humanización de las condiciones y relaciones laborales. Los profesionales de la salud no mencionaron interacciones con profesionales dedicados a las actividades de apoyo, lo que indica una cierta invisibilidad de estos últimos en la percepción de los primeros, si bien estos últimos, a su vez, hayan mencionado su participación en las reuniones de planificación de la unidad y el cumplimiento de algunas acciones interdisciplinarias. Con relación a los espacios destinados, en la organización del proceso de trabajo, para el ejercicio de la interdisciplinariedad, percibimos que, aunque los gestores se preocupen por la creación de espacios para reuniones formales, no han garantizado las condiciones de trabajo para que todo el mundo participe o las lleve a cabo con regularidad. Sin embargo, los sujetos del estudio reconocen estos y otros espacios como oportunidades para la búsqueda y el ejercicio de la interdisciplinariedad, destacando las reuniones del equipo y de planificación, reuniones de apoyo con el NASF, consultas conjuntas, visitas a domicilio, momentos de acogida al usuario, educación para la salud y los espacios informales. Los momentos de reflexión y planificación de la Residencia Multiprofesional em Salud de la Familia fueron citados como espacios privilegiados, que ayudan en el ejercicio de la interdisciplinariedad, destacando la importancia de trabajar en conjunto con los funcionarios. En cuanto a acciones interdisciplinarias que creen lograr, identificamos las acciones de intercambio de conocimientos entre los profesionales; las situaciones en las que los profesionales comparten conocimiento junto con los usuarios, la planificación del proceso de trabajo y las acciones en el territorio y la comunidad. Llegamos a la conclusión de que la búsqueda de la praxis interdisciplinaria está estrechamente ligada a la búsqueda por la consolidación del SUS que, en nuestra opinión, no se logrará sin la transformación de la sociedad capitalista hacia el socialismo.

Palavas clave: Atención Primaria de Salud; SUS; Interdisciplinariedad; Equipo de Salud; Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia.



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1 A estruturação da APS no SUS e a relevância da interdisciplinaridade .....	13
2.2 Concepções de interdisciplinaridade .....	23
3. O PROCESSO DE PESQUISA: INDICAÇÕES METODOLÓGICAS.....	27
4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	31
4.1 Indicações iniciais .....	31
4.2 Perfil dos sujeitos participantes da pesquisa .....	32
4.3 As concepções de interdisciplinaridade apresentadas pelos sujeitos da pesquisa .....	36
4.3.1. Concepções de interdisciplinaridade divergentes da nossa fundamentação teórica.....	36
4.3.2. Concepções de interdisciplinaridade restritas à multiprofissionalidade, multidisciplinaridade e/ou pluridisciplinaridade .....	36
4.3.3. Concepções de interdisciplinaridade convergentes com nossa fundamentação teórica...	37
4.3.4. Concepções a respeito de quais seriam os requisitos necessários para a interdisciplinaridade.....	37
4.3.5. Concepções a respeito de quais seriam os resultados ou finalidade do exercício da interdisciplinaridade.....	37
4.3.6. Como os sujeitos de pesquisa descrevem sua percepção do tema e sua relação com o mesmo.....	38
4.4 Caracterização dos espaços proporcionados pela organização do trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares .....	42
4.4.1 Espaços descritos espontaneamente em resposta à questão aberta.....	42
4.4.2 Frequência com que os espaços descritos ocorrem .....	42
4.4.3 Espaços assinalados em resposta à questão semi-aberta .....	42
4.4.4 Comparação .....	43
4.5 Identificação das ações interdisciplinares que os profissionais sujeitos da pesquisa acreditam realizar nos espaços de trabalho.....	46
4.5.1. Ações de trocas de saberes entre profissionais .....	47
4.5.2. Ações compartilhadas entre profissionais e usuários.....	47
4.5.3. Ações voltadas para a organização do processo de trabalho .....	47
4.5.4. Ações voltadas para o território e a comunidade .....	47

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
6. REFERÊNCIAS.....	56
7. APÊNDICES .....	59
7.1. APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO .....	60
7.2. APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....	64

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi construído, inicialmente, em conjunto com a residente de Serviço Social Daniela Cristina Pereira, que participou das etapas de idealização do projeto de pesquisa e elaboração e aplicação dos questionários. Na concepção de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Remultisf) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), busca-se privilegiar as pesquisas interdisciplinares, realizadas através da colaboração entre residentes de diferentes áreas profissionais. No entanto, segundo as normas da Comissão Nacional de Residências, cada residente deve apresentar um trabalho individual ao final da mesma. Assim, a pesquisa foi projetada para atender um conjunto amplo de objetivos, através da realização de dois trabalhos individuais, partindo ambos de um mesmo material empírico, mas buscando contemplar, cada um deles em sua discussão dos resultados, partes complementares destes objetivos.

As pesquisadoras entendem que, neste processo de separação do trabalho multiprofissional em dois trabalhos individuais, perde-se parte do potencial interdisciplinar da pesquisa, uma vez que a discussão dos resultados deveria ocorrer de forma conjunta, contemplando todos os objetivos de forma mais dinâmica. Portanto, sugere-se que a leitura do presente trabalho seja complementada pela leitura do TCC a ser elaborado futuramente pela residente Daniela Cristina Pereira, levando em conta a limitação deste, que contempla apenas parte dos objetivos idealizados no projeto de pesquisa, conforme discriminado adiante.

Assim sendo, a pesquisa busca contemplar o tema “interdisciplinaridade no processo de trabalho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS)”, construindo-se a partir do seguinte problema: como os profissionais do Centro de Saúde da Prainha (CS Prainha, unidade básica de saúde integrada à rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – SMS), percebem a interdisciplinaridade no processo de trabalho das equipes multiprofissionais na APS?

Quanto ao seu objetivo geral consiste em discutir como a composição multiprofissional possibilita uma práxis interdisciplinar na APS. Os objetivos específicos são:

- Descrever as concepções de interdisciplinaridade apresentadas pelos sujeitos da pesquisa.

- Caracterizar os espaços proporcionados pela organização do trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares pelas equipes multiprofissionais, a partir da percepção dos sujeitos da pesquisa.
- Verificar quais ações interdisciplinares os profissionais sujeitos da pesquisa identificam que realizam nos espaços de trabalho.
- Discutir os limites e possibilidades para o desenvolvimento de ações interdisciplinares descritos pelos profissionais sujeitos da pesquisa.
- Descrever as medidas propostas pelos sujeitos de pesquisa para o enfrentamento dos desafios existentes na organização do processo de trabalho em relação ao desenvolvimento de ações interdisciplinares.

Conforme explicado anteriormente, somente parte dos objetivos específicos (os três primeiros) serão contemplados neste trabalho, sendo os demais contemplados pela análise a ser realizada no TCC da residente de Serviço Social Daniela Cristina Pereira.

Quanto à relevância do tema, podemos iniciar indicando que, em nosso cotidiano de trabalho ao longo da Residência, temos tido nossa atenção constantemente atraída para o tema da interdisciplinaridade que,

sem cessar invocada, levada a efeito nos domínios mais diversos, quer se trate de pesquisa, de ensino, ou de realizações de ordem técnica, não é uma questão evidente, que possa dispensar explicações e análises aprofundadas, mas um tema que merece ser levado em consideração e constituir um dos objetos de reflexão de todos quantos vêm na fragmentação das disciplinas científicas um esfacelamento dos horizontes do saber (JAPIASSU, 1976, p. 42).

Ainda segundo o autor, a busca recorrente pela interdisciplinaridade nos tempos atuais, deve-se essencialmente a um estado de carência, resultante da fragmentação excessiva ou “esmigalhamento” do saber.

O dia-a-dia de trabalho das residentes pesquisadoras, no que se refere à carga horária voltada ao serviço na APS propriamente dito e que se constitui de 40 horas semanais, desenvolve-se junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), de outros profissionais integrados ao processo de trabalho do CS Prainha, e dos outros membros da Remultisf. Caracteriza-se, portanto, como um trabalho realizado permanentemente junto a equipes multiprofissionais.

Para além de sua composição, desta estrutura de organização dos trabalhadores atuantes, a APS parece-nos constituir-se como um campo teórico, profissional e político em

que a interdisciplinaridade, como proposta, apresenta-se filosoficamente de forma frequente e é defendida formalmente como uma estratégia das políticas públicas. O que queremos dizer é que já existe, entre os profissionais da APS, seja entre aqueles que atuam diretamente na assistência, ou na gestão local, regional ou nacional, um acúmulo histórico de discussão a respeito do tema e, ousaríamos dizer, até mesmo uma aceitação, pelo menos formal, da necessidade, ou da importância da busca da interdisciplinaridade.

Como exemplo desta discussão acumulada sobre a interdisciplinaridade no campo da APS, e ilustrando a relevância do tema para este campo de conhecimento, trazemos um trecho do Caderno de Atenção Básica n. 27, que trata das Diretrizes do NASF: a APS

conjunto de ações em saúde desempenhadas pela Saúde da Família, é algo complexo e que demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população, o que é comprovado por meio de evidências em diversos países do mundo. Assim, recomenda-se a utilização de saberes de variadas origens para que a APS possa ser mais eficaz e resolutiva, saberes tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade (BRASIL, 2010, p. 9).

Somando-se às 40 horas semanais de atuação no serviço de saúde, as residentes pesquisadoras cumprem ainda 20 horas semanais de atividades voltadas para estudos teóricos, discussões de casos e reflexões sobre os espaços da prática e suas implicações sociais, políticas, econômicas e culturais, compartilhando conhecimentos com os outros residentes, preceptores (profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que supervisionam o trabalho dos residentes no serviço) e tutores (docentes da UFSC que acompanham este processo de formação e aperfeiçoamento profissional). Nestes espaços, refletindo e discutindo sobre os determinantes sociais em saúde, a promoção da saúde, a evolução das políticas públicas de saúde, os desafios do SUS e outros temas correlatos, novamente temos tido nossa atenção frequentemente atraída para a importância e os desafios relacionados ao tema da interdisciplinaridade.

As atribuições das equipes de Saúde da Família são bastante amplas e têm como principais objetivos proporcionar uma atenção integral às famílias, identificar os problemas de saúde, incentivar ações comunitárias, bem como estimular e desenvolver a participação da população local na solução de seus problemas e no exercício do controle social sobre os serviços que recebe. Além dessas atribuições, o PSF exige novos conhecimentos de suas equipes e uma perspectiva integrada na análise dos problemas e no encaminhamento das soluções. O trabalho em PSF propõe também a organização de relações horizontais no interior das equipes, com o reconhecimento da competência

de cada membro e a busca através do diálogo, a definição de uma ação conjunta e não apenas justaposta de todos os integrantes. Além disso, o contato dos membros da equipe mínima com as demandas colocam as equipes e seus trabalhadores diante da impotência em dar respostas por meio apenas dos procedimentos técnicos rotineiros, fragmentadores e niveladores e perante a complexidade do objeto da saúde, pois estas necessidades ultrapassam o âmbito para o qual os trabalhadores foram tradicionalmente preparados: o corpo biológico como objeto de trabalho e a centralização das ações nos atos médicos (LOCH-NECKEL et al, 2009, p.1470).

No cotidiano do trabalho, encontramos-nos com alguns importantes espaços que nos possibilitam a busca pelo exercício desta interdisciplinaridade, tais como reuniões de equipe, espaços de matriciamento, reuniões de planejamento da unidade, visitas domiciliares multiprofissionais, interconsultas e grupos de Educação em Saúde. Estes espaços propiciam momentos de atuação conjunta com outros profissionais, possibilitando importantes trocas e complementaridade de conhecimentos nas ações em saúde, que nos parecem mostrarem-se mais resolutivos do ponto de vista das necessidades de saúde que se busca atender, e enriquecedores em relação à aquisição de conhecimentos e habilidades por parte dos profissionais envolvidos.

Por outro lado, podemos também perceber que a composição multiprofissional das equipes nem sempre garante a atuação conjunta destes profissionais. Se, por um lado, ela é pré-condição indispensável para que isto ocorra, já que não é possível construir um trabalho interdisciplinar sem esta convivência multiprofissional, por outro lado, por si só, não é garantia de que tal atuação ocorra. A forma como o processo de trabalho se organiza nos serviços de saúde de um modo geral, seja por iniciativa dos trabalhadores diretamente nele envolvidos, seja por pressões exercidas pelos diferentes níveis de gestão e pelas demandas trazidas pela comunidade local e pela sociedade, costuma privilegiar a atuação individual em detrimento da atuação em equipe. E ainda que certos espaços, como os acima citados, facilitem uma atuação conjunta, a mesma não se traduz, necessariamente, em uma atuação interdisciplinar, pois pode estar pautada no tipo de formação recebida pelos profissionais envolvidos, voltada para a abordagem biomédica, clínica e, mais uma vez, individual. Por isso, mesmo uma ação de saúde “coletiva” pode, muitas vezes, apresentar-se sob a forma de várias ações individuais fragmentadas, em que cada profissional cumpre a “parte” que acredita a ele caber, sem imiscuir-se na sub-área de conhecimento que acredita ser “do outro” e sem permitir intromissões “indevidas” no que acredita ser “sua própria” sub-área.

Esse temor em realizar ações verdadeiramente coletivas, fragmentando as ações multiprofissionais de modo a limitar a criatividade, a comunicação com a comunidade e o exercício de uma real interdisciplinaridade, talvez se deva à confusão que se faz entre diferentes aspectos do conhecimento. Aspectos estes que Campos (1997) conceitua como “campo” e “núcleo”, combinando a necessidade de polivalência e especialização, e conciliando autonomia com responsabilidade: “por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade” [...] “Por Campo, ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns e confluentes a várias profissões ou especialidades. Todo o saber básico, por exemplo, sobre o processo de saúde-doença” (LOCH-NECKEL, 2009, p. 1464).

Podemos, enfim, dizer que a atuação e a reflexão junto aos profissionais do serviço, aos outros residentes, aos preceptores e aos tutores nos despertaram o interesse pelo tema da interdisciplinaridade e dos desafios que parecem colocar-se para que a composição multiprofissional das equipes ESF e NASF possa, cada vez mais e de fato traduzir-se em descoberta, exercício, construção e consolidação da interdisciplinaridade, como caminho para uma atenção mais integral à saúde da população atendida.

Afinal se, uma certa aceitação do “discurso” da interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde (“teoria”) convive com frequentes “práticas” fragmentadas nas ações de saúde, constata-se evidente dificuldade na construção de uma “práxis” interdisciplinar, no sentido que o marxismo atribui à palavra práxis: “atividade livre, universal, criativa e autocriativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz), e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico e a si mesmo” (BOTTOMORE, 1988, p.292 ). A inquietude que surge, como pergunta de pesquisa, traduz justamente certa desorientação das pesquisadoras a respeito deste caminho da práxis: como poderemos, sujeitos individuais e coletivos, pesquisadores, trabalhadores e usuários do SUS, (re)encontrar uma relação com o trabalho em saúde que expresse uma atividade conscientemente orientada, em suas dimensões objetivas e subjetivas? Como podemos avançar do trabalho multiprofissional fragmentado para a práxis interdisciplinar?

Para além de estratégias e ferramentas operacionais (“tecnologias leves”), que apresentam a questão da interdisciplinaridade como mera solução tecnológica (para problemas que, no fundo, têm raízes históricas, políticas e econômicas, como discutido por Follari, 2009, e apresentado adiante), o processo de construção de uma práxis interdisciplinar

passa pela transformação dos processos de trabalho e dos sujeitos trabalhadores. “A práxis não é apenas atividade social transformadora, no sentido da transformação da natureza, da criação de objetos, de instrumentos, de tecnologias; é atividade transformadora também com relação ao próprio homem que, na mesma medida em que atua sob a natureza, transformando-a, produz e transforma a si mesmo” (BRASIL, s/a, p.1).

De todo modo, partindo das percepções iniciais das residentes pesquisadoras através de sua atuação profissional junto às equipes de saúde do CS Prainha, considera-se pertinente buscar entender como os profissionais desta unidade (servidores concursados, funcionários contratados e terceirizados, e os demais residentes, de diferentes profissões) percebem a interdisciplinaridade no processo de trabalho das equipes multiprofissionais na APS. Existem espaços que a possibilitam? Como são aproveitados estes espaços? Quais são os desafios enfrentados? Quais são as conquistas já alcançadas? Quais medidas possibilitariam enfrentar estes desafios?

Acreditamos que o entendimento da percepção destes sujeitos de pesquisa, profissionais diretamente envolvidos na busca e construção desta interdisciplinaridade no cotidiano da atenção à saúde pode contribuir para a compreensão teórica do tema, para a nossa formação acadêmica e para a transformação de nossa prática profissional (em busca de uma práxis interdisciplinar). Ousamos ainda acreditar que a presente pesquisa tem o potencial de gerar um processo de reflexão e discussão entre os profissionais desta unidade, podendo mobilizar forças transformadoras dentro da equipe, na direção dessa busca e do exercício da interdisciplinaridade e da integralidade na APS.



## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 A estruturação da APS no SUS e a relevância da interdisciplinaridade**

A inserção de diferentes profissões no cenário da saúde ao longo das últimas décadas possibilitou ampliar a capacidade de lidar com as complexas realidades encontradas no processo saúde doença e pensar novas maneiras de atender à população na sua integralidade. No entanto, apesar dos grandes avanços já conquistados, o modelo biomédico, centrado na cura da doença ainda se faz presente na organização dos processos de trabalho e na forma como os profissionais de saúde se relacionam entre si e com os indivíduos a quem prestam assistência, perpetuando-se como conceito reduzido de saúde (“ausência de doença”), sem dar conta de produzir saúde em um conceito mais ampliado:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (transformado em Estratégia de Saúde da Família em 2006), trouxe como objetivo a substituição do modelo historicamente centrado na doença e com foco individual por um modelo baseado nos princípios da integralidade, universalidade e equidade, em que os indivíduos deixam de ser atendidos individualmente e passam a ser vistos no seu contexto sociofamiliar e nas suas peculiaridades. A APS

tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Tem como objetivos, ampliar o acesso da população brasileira à APS; possibilitar acesso universal à saúde; efetivar a integralidade das ações da APS; promover o cuidado integral e contínuo ao usuário, família e comunidade; estimular o controle social e a participação popular; contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2011, s/p).

Obrigatoriamente “as ações da Estratégia Saúde da Família são oferecidas por equipes multiprofissionais formadas por, no mínimo, um médico clínico geral ou especialista em Medicina de Família e Comunidade, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS)” (BRASIL, 2011, s/p). Integram também as equipes de Saúde da Família (eSF) os profissionais de Saúde Bucal, cirurgião-dentista,

auxiliar de saúde bucal para as equipes de Saúde Bucal (eSB) na Modalidade I, e cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal para as eSB na Modalidade II.

Com a intenção de ampliar ainda mais o acesso da população brasileira à APS, são implantados os NASF pelas portarias nº 154/GM, de 4 março de 2008 e nº 2.843/GM de 20 setembro de 2010, estes com objetivo de apoiar as eSF “na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil” (BRASIL, 2011, s/p).

O NASF é constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas que atuam em conjunto com as eSF, matriciando apoiando as práticas em saúde no território. Conforme as Diretrizes do NASF,

O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os Nasf), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família). Vale ressaltar aqui que o Nasf está inserido na rede de serviços dentro da APS assim como as equipes de SF, ou seja, ele faz parte da APS. O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos” (BRASIL, 2010, p.12).

A composição do NASF é definida a partir das prioridades e necessidades observadas no território e também pelos gestores municipais. Dentre as profissões que compõem o NASF estão o assistente social, educador físico, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, médico ginecologista, médico pediatra, médico acupunturista, médico homeopata e médico psiquiatra, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

A APS, estruturada em torno da ESF, deve voltar-se para as necessidades de saúde da população local, baseando-se nas características do território, de forma descentralizada, com participação e controle social, voltada para os indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2011). Sua composição multiprofissional e sua proposta de horizontalidade das relações a caracterizam como um espaço oportuno para a inserção das Residências Multiprofissionais

em Saúde da Família (RMSF), possibilitando parcerias para a formação de profissionais com perfil adequado para o trabalho no SUS e especificamente na APS e na ESF/NASF.

A criação dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde é recente e estes ainda são pouco conhecidos no país. Apresentam uma proposta de educação em serviço no nível de pós-graduação, atuando em equipes multiprofissionais, preparando para o trabalho em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Para Nascimento e Oliveira (2010, p.815) a RMSF “tem como objetivo articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população”. Fundamenta-se “na interdisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde, em resposta ao desafio de atuar nas coletividades, visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos do cuidado” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p.816).

Ainda para estes autores (2010, p.816)

É a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico.

Refletindo sobre a interdisciplinaridade, Loch-Neckel (2009, p.1464) observa que

ultrapassar o âmbito individual e clínico exige mudanças na maneira de atuar e na própria organização do trabalho e demanda alta complexidade de saberes. Cada profissional precisa desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de um trabalho que é realizado de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento.

É neste contexto e, pensando em todos os atores envolvidos que surgem algumas inquietações, e a necessidade de repensarmos a atuação profissional na APS. De que maneira articular as diferentes categorias profissionais para uma práxis multiprofissional e interdisciplinar que possibilite a atenção integral à saúde?

A interdisciplinaridade

é uma diretriz importante para a reorganização do processo de trabalho na ESF, tendo em vista as múltiplas e complexas necessidades da população. Somente o trabalho interdisciplinar, com foco na integralidade da atenção e na resolubilidade das ações em saúde, é capaz de fazer frente aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença vivenciados pelos

indivíduos, famílias e grupos sociais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p.820).

A vivência da multiprofissionalidade e a busca da interdisciplinaridade nas RMSF possibilitam superar a fragmentação das diferentes estruturas sociais, destacando múltiplas especificidades e probabilidades de um olhar ampliado, somando saberes e práticas, na atenção integral aos indivíduos, família e comunidade.

Estudos mostram (DENTI, 2000), que o perfil de formação acadêmica de categorias profissionais da saúde requer mudanças, uma vez que, de modo geral, os currículos acadêmicos das graduações nesta área não são organizados de forma a capacitar os profissionais para o trabalho interdisciplinar. E esse mesmo estudo considera que a normatização excessiva da ESF limita a composição das equipes por categorias, de acordo com a realidade da população. Há ainda “uma limitação ideológica dos profissionais, que só sabem atuar no modelo focado na doença” (DENTI, 2000, p.109).

A interdisciplinaridade, a princípio, permite a participação de todos, de forma democrática. Ainda assim, muitas vezes, o trabalho em equipe ocorre com pouca cooperação do profissional médico, que tende a omitir-se do trabalho coletivo e concentrar seus esforços na atuação clínica individual, específica de sua área. Por outro lado, quando este profissional alcança um envolvimento maior no trabalho da equipe, este pode caracterizar-se por falas e intervenções que dificilmente são contrariadas pelos profissionais de outras categorias, estabelecendo-se uma hierarquização médico-centrada. “Deve-se tomar cuidado com este tipo de estrutura hierárquica porque haverá aprisionamento de cada um em seu núcleo específico de saberes e práticas, aprisionando um processo de trabalho e enrijecendo as estruturas onde se privilegia técnica” (DENTI, 2000, p.109).

O tema interdisciplinaridade vem sendo objeto de diversas discussões e trabalhos. Reitera-se neste trabalho a importância de abordá-lo novamente. Em primeiro lugar, devido à nossa experiência com a Remultisf/UFSC, espaço onde observamos a possibilidade do trabalho interdisciplinar como instrumento para o enfrentamento dos problemas do cotidiano, intervindo através de diferentes saberes, incluindo todos os profissionais e também os próprios usuários do SUS.

Tendo observado as possibilidades que se colocam neste espaço, pudemos vivenciar também os limites que junto a elas se apresentam. Uma vez instigado nosso interesse pelo tema, optamos por escutar os atores envolvidos no processo de trabalho do CS Prainha,

buscando entender sua percepção sobre o tema, como vem ocorrendo o desenvolvimento de ações interdisciplinares no seu espaço de trabalho, quais os limites e potenciais encontrados, e quais as possíveis mudanças sugeridas por estes atores.

Talvez ao refletirmos sobre o processo saúde-doença, os princípios doutrinários do SUS (universalidade, equidade, integralidade), as diretrizes da APS, da ESF e do NASF, a promoção da saúde e a educação permanente em saúde, além de qualquer outro tema que possa ter relevância na compreensão da interdisciplinaridade, percebamos que todos nos remetem, direta ou indiretamente, à integralidade como uma noção fundamental, que orienta estes outros eixos estratégicos das políticas públicas de saúde a partir de 1988.

No entanto, apesar da centralidade relativamente óbvia deste conceito, acreditamos que ele de fato nos é pouco familiar, seja entre pesquisadores e acadêmicos, seja entre profissionais de saúde. Pois nós também estamos envolvidos no processo social e econômico do capitalismo, sujeitos a relações alienantes com o trabalho, pressões brutais para o consumo de bens supérfluos e percepções distorcidas de nosso corpo, auto-imagem e prazer. O nosso processo de saúde-doença, bem como os dos sujeitos a quem procuramos prestar um cuidado de saúde em nosso trabalho, expressa, no plano material e simbólico, muitas das contradições presentes na sociedade.

E, embora historicamente a Saúde Coletiva, especialmente na América Latina e, especificamente no Brasil, tenha tido a crítica marxista como uma importante referência teórica, metodológica e política até fins da década de 1980, pautando-se por fortes mobilizações sociais, caracterizadas na luta pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), a partir da década de 1990 apresentou um gradual abandono deste referencial, como ocorrido em todos os campos do conhecimento (BARBOSA, 2010). Deste modo, sem um referencial que nos permita verdadeiramente contextualizar os sujeitos em seu panorama social, muitas vezes temos dificuldade de perceber estas manifestações objetivas e subjetivas de seu processo de saúde-doença como expressões das contradições deste contexto. Buscamos a compreensão do indivíduo no contexto familiar, comunitário e social, mas, em certa medida, não nos encontramos instrumentalizados teórica, metodológica e politicamente para tal.

Muito embora não possamos, de forma nenhuma, prescindir de tal contextualização para nos darmos conta de que:

O sofrimento, na ausência de uma ‘voz’ política coletiva, pode se expressar através da linguagem corporal, tal como nas doenças psicossomáticas, que podem ser ‘lidas’ como uma forma de protesto: individual, autorreferido,

autodestrutivo. Da insaciável fome consumista, seja das drogas ou de bens supérfluos, à morte pela fome voluntária, como na anorexia, ou como na depressão, a nova ‘epidemia do mundo Moderno’, esses ‘sintomas’ podem estar denunciando, simbolicamente, a ‘fome humana’ por afeto, confiança, solidariedade e segurança em um mundo crescentemente desigual, competitivo, individualista, inseguro e violento (BARBOSA, 2010, p.19).

Foi a identificação desta “fome humana”, no plano material e simbólico, e de que era a desigualdade estrutural do capitalismo que a gerava, que permitiu aos militantes da RSB devidamente instrumentalizados através da crítica marxista, alcançar através dos movimentos sociais a conquista histórica do direito universal à saúde, consubstanciada na “Constituição cidadã” de 1988.

Apesar de deixar a assistência à saúde livre à iniciativa privada e de não garantir o financiamento do sistema público de saúde, a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde de 1990 (Lei 8.080 e Lei 8.142) criam o SUS e estabelecem seu arcabouço jurídico fundamental, possibilitando, ainda que com uma significativa gama de contradições e obstáculos, sua operacionalização e a criação posterior de leis, normas e políticas públicas que viriam a caracterizá-lo, no seu aspecto jurídico-institucional, como um sistema único, público, universal, integral, equânime, descentralizado, regionalizado, hierarquizado, participativo, com controle social.

Entre as leis, portarias, normas, diretrizes, programas e políticas nacionais de Estado que se seguem às Leis Orgânicas, podemos citar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS – 1991), o Programa Saúde da Família (PSF – 1994), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS – 2002/2006), a Política Nacional de Humanização (PNH – 2003/2004), os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Pactos 2006), a Estratégia Saúde da Família (ESF – 2006), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS - 2007), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF – 2008) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB – 2006/2011), entre tantas outras, todas elas relevantes para a discussão acerca do tema da interdisciplinaridade.

Contudo, apesar de tais conquistas constitucionais e jurídico-institucionais, que de fato tiveram e têm grande peso histórico e político, a operacionalização e consolidação do SUS e de seus princípios, estando embasadas nesta visão crítica e contra-hegemônica do ser humano e da sociedade, enfrentaram e seguem enfrentando obstáculos de ordem econômica, política e social de grande magnitude e transcendência.

Entretanto, para além da CF88, problemas estruturais do Estado e do modelo de desenvolvimento capitalista brasileiro, com destaque para as marcantes desigualdades econômicas e sociais observadas no país, precisam ser considerados quando se busca compreender os desafios da proteção social e, em específico, da implementação da política de saúde nos anos noventa. Os estudos sobre a trajetória das políticas sociais no Brasil revelam suas limitações, particularmente, seu caráter fragmentado, estratificado, inequitativo e pouco efetivo do ponto de vista dos resultados sociais. Nesse sentido, a implantação do ousado projeto de reforma sanitária, concebido no contexto de democratização dos anos oitenta e consubstanciado pelo reconhecimento da saúde como direito de cidadania, exigia o enfrentamento de distorções estruturais do sistema de saúde e tinha como principal desafio a superação do grave quadro de desigualdades em saúde observado no país. Isso só seria viável no bojo de um projeto mais amplo de transformação do modelo de desenvolvimento e da sociedade brasileira (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009, p.830).

No entanto, não foi tal projeto amplo de transformação social que se seguiu ao processo constituinte de 1988. Ao contrário disto, a década de 1990 foi marcada pela liberalização econômica e pela hegemonia da agenda neoliberal, com o enxugamento da estrutura e do funcionalismo públicos, restrições à lógica abrangente de proteção social, contenção de gastos e expansão da prestação privada de serviços sociais (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009).

Na área da saúde, embora tenham ocorrido grandes conquistas, tais como a construção de um arcabouço decisório e a expansão de ações e serviços públicos no território nacional (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009), além de vários aspectos que podem ser considerados progressistas e transformadores nos eixos das políticas públicas já citadas, Paim (2009) considera que a centralidade da luta pelas demandas do financiamento e de gestão do SUS, traduzidas na defesa ‘intransigente’ deste arcabouço decisório (jurídico e institucional) pode ter implicado em relativo abandono de algumas bandeiras de luta históricas do Movimento pela RSB. A construção de uma discussão mais aprofundada na sociedade sobre os princípios do SUS, o conceito ampliado de saúde, os determinantes sociais da saúde e as necessárias transformações sociais para a efetivação da RSB foi deixado em segundo plano, em função desta agenda administrativa. Indo além, Paim (2009, p.35) traz a preocupação sobre os limites do Movimento pela RSB como movimento social, devido a essa sua tradição histórica de defender a legislação do SUS, que implica o risco de uma postura política que Jacques (*apud* Faleiros; Silva; Vasconcellos; Silveira, 2006, p.195) nomeia de ‘perspectiva inocente do direito’: “é preciso pensar nisso, pois é possível que tenha a ver com a formação

científico-positiva dos profissionais de saúde, determinista, facilitadora de uma perspectiva inocente do direito, que outros movimentos sociais não têm”.

É neste contexto econômico, político, social e cultural adverso à aplicação dos princípios dos SUS ou, em outras palavras, à transformação ampla do conceito de saúde que a RSB se propõe e, portanto, adverso também à prática de uma assistência à saúde verdadeiramente integral, que os profissionais da APS, compondo equipes multiprofissionais, precisam buscar espaços para o exercício da interdisciplinaridade. Como integrar o “discurso filosófico” sobre a integralidade e a interdisciplinaridade à prática cotidiana dos serviços de saúde do SUS?

Epistemologicamente falando, a compreensão materialista-dialética requer ‘interação’ entre pensamento e experiência, o que significa ultrapassar a noção (ainda) hegemônica da observação objetiva, neutra e distanciada. O conceito de ‘práxis’ fundamenta a concepção marxista sobre o processo de conhecimento onde ‘a práxis do homem não é atividade prática contraposta à teoria; é determinação da existência humana como elaboração da realidade’ (KOSIK, 1976 *apud* BARBOSA, 2010, p.16).

Sobre isso, Scherer (2006, p.29) explica que o conhecimento pode ser construído tanto pela via epistemológica (ou do saber científico, acadêmico) quanto pela via ergológica (ou do campo do fazer, da prática). De qualquer forma, ambas desenvolvem-se permeadas por seu contexto histórico, determinadas pelas ações dos sujeitos que individualmente e coletivamente fazem história. A epistemologia, condicionada por projetos políticos, ideológicos; a ergologia, pelos modos de produção e reprodução da vida material, ou seja, pelo mundo do trabalho.

Na contemporaneidade, com o advento do capitalismo, que trouxe a lógica da exploração da força de trabalho de uma classe para a concentração de capital nas mãos de outra, a separação entre trabalhadores e meios de produção, e a divisão social do trabalho, o mundo do trabalho evoluiu para formas de organização e gestão que repousam sobre princípios que

sacrificam a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade, tais como o uso da avaliação quantitativa e objetiva do trabalho e a individualização e apelo à concorrência generalizada entre as pessoas, entre as equipes e os serviços. Dessa maneira, por um lado se aumenta a produtividade, mas por outro se desagregam coletivos, separa-se o trabalho do conjunto da vida e como consequência agravam-se as patologias decorrentes do trabalho (SCHERER, 2006, p.68).

No contexto destes princípios de organização e destas relações dos indivíduos com o mundo do trabalho, podemos imaginar que a interdisciplinaridade encontra um ambiente



bastante desfavorável para seu exercício. Um ambiente que favorece o trabalho fragmentado e individual, e as relações verticalizadas e tensionadas.

Refletindo sobre o trabalho coletivo, Scherer (2006, p.78) observa que

a cooperação, segundo Marx, pode ser considerada simples, quando os trabalhadores realizam a mesma tarefa ou tarefas da mesma espécie, ou pode ser cooperação complexa, quando o processo de trabalho é complicado e exige a realização de várias operações ao mesmo tempo, permitindo a diminuição do tempo necessário para a conclusão das tarefas. “Ao cooperar com outros de acordo com um plano, desfaz-se o trabalhador dos limites de sua individualidade e desenvolve a capacidade de sua espécie”.

Mas o mundo do trabalho contemporâneo, apesar de estruturado em torno de um modo de produção social, como já vimos apresenta-se pouco favorável ao trabalho em equipe. Se considerarmos a formação técnico-científica recebida pelos profissionais de saúde, de caráter ainda bastante positivista, com o viés biomédico predominando fortemente sobre as visões mais integradoras do ser humano, perceberemos a magnitude das dificuldades encontradas no exercício desta pretendida interdisciplinaridade.

No plano da subjetividade e das representações simbólicas, há que se considerar a persistência, e mesmo o fortalecimento, de uma ideologia médica que destitui o corpo de seus determinantes sociais, culturais, raciais e de gênero, assim como destitui a população de direitos historicamente conquistados. A ideologia médica exercita-se através de um discurso pedagógico exercido no cotidiano da assistência à saúde que, destituindo de valor o saber empírico popular e, desta forma, reafirmando a ‘inferioridade’ social da classe trabalhadora, mantém e reproduz as desigualdades de classe, de gênero e de raça/etnia, colaborando para os processos pedagógico-ideológicos de reprodução social (BARBOSA, 2010, p.21).

Ora, reproduzindo as desigualdades sociais nas relações com os usuários do SUS, os profissionais que integram estas equipes multiprofissionais tendem a reafirmar também as desigualdades históricas existentes entre suas profissões, dificultando o diálogo, o compartilhamento de saberes e a cooperação necessários ao processo de trabalho interdisciplinar. As relações permanecem verticalizadas, tensionadas. As interações com os usuários, individualizadas. As ações coletivas, fragmentadas.

[...] O diálogo entre os saberes repousa sobre três princípios essenciais: a rejeição de toda hierarquia entre os saberes, a comensurabilidade dos saberes, o intervencionismo da atividade de elaboração e de produção de saberes (DEPARTAMENTO DE ERGOLOGIE, 2006 *apud* SCHERER, 2006, p.33).

Entretanto, ou talvez também justamente por isso, a questão da interdisciplinaridade tem sido debatida constantemente no meio científico, especialmente no seio das ciências sociais.

A constatação de que o patrimônio de conhecimentos da humanidade amplia-se e de que é necessário articulá-lo numa perspectiva de totalidade, de maneira a dar respostas aos problemas complexos do cotidiano, aponta para a construção de um conhecimento interdisciplinar. Conhecimento, entendido aqui como uma representação do real, “[...] daquilo que é possível fazer e, por conseguinte, representação daquilo que poderia ser objeto de uma decisão na sociedade” (FOUREZ, 1995 *apud* SCHERER, 2006, p.28).

No entanto é importante perceber que esta perspectiva de totalidade não poderia ser, embora algumas vezes o seja, confundida com o que Follari (1995, p.105-106) chama de “nostalgia do saber totalizante”, permitido pelo saber menos diversificado de épocas históricas anteriores. Considerando a imensurável diversidade de saberes das ciências atuais, um “sabe-tudo” hoje é impensável, pois “todos” os campos e núcleos de conhecimento científico atual constituem-se em muito mais do que alguém possa chegar a dominar.

Ou seja,

A interdisciplinaridade não dilui as disciplinas, ao contrário, mantém sua individualidade. Mas integra as disciplinas a partir da compreensão das múltiplas causas ou fatores que intervêm sobre a realidade e trabalha todas as linguagens necessárias para a constituição de conhecimentos, comunicação e negociação de significados e registro sistemático dos resultados (BRASIL, 1999, p.89).

Poderíamos dizer que a busca da interdisciplinaridade consiste na busca pela construção de novas formas de relação entre as disciplinas, avançando a partir da trajetória já existente, sem negá-la. Em outras palavras, sua busca deve levar em conta que

a organização disciplinar foi instituída no século XIX, notadamente com a formação das universidades modernas; desenvolveu-se, depois, no século XX, com o impulso dado à pesquisa científica; isto significa que as disciplinas têm uma história: nascimento, institucionalização, evolução, esgotamento, etc; essa história está inscrita na da Universidade, que, por sua vez, está inscrita na história da sociedade (MORIN, 2000, p.105).

Outra “armadilha” do discurso da interdisciplinaridade apontada por Follari et al (2009, p.107) está no uso ideológico que se faz da mesma, reduzindo-a a um recurso tecnológico inovador que, por outro lado, teria o potencial para resolver quaisquer problemas de alta complexidade, devido à sua alta eficácia, à altura da era cibernética. Trata-se do uso do discurso da interdisciplinaridade como “ciência do futuro”, supostamente capaz de resolver todos os problemas que a ultrapassada ciência monodisciplinar não resolveu. “Não é difícil

perceber que este mecanismo discursivo procura ocultar que a solução deste tipo de problemas vai além do tecnológico e entra no campo da política”.

Parece-nos de fundamental importância que os profissionais de saúde identifiquem e reflitam sobre este discurso ideológico, de caráter positivista, que muito frequentemente é usado nos diferentes níveis de gestão (do federal ao local), como estratégia de esvaziamento do conteúdo político inevitavelmente presente nas discussões sobre o processo de trabalho em saúde, e os limites e desafios enfrentados pelos profissionais e instituições do SUS, na busca da efetivação de seus princípios.

Tendo assim clareado um pouco as ideias a respeito do que *não* seria interdisciplinaridade, ou de quais seriam os discursos que *não* gostaríamos de ver sendo difundidos a respeito da interdisciplinaridade, o que podemos entender, então, por interdisciplinaridade?

Trata-se de questão de difícil resposta. Conforme nos esclarece Japiassu (1976) “o domínio do interdisciplinar é vasto e complexo. De um modo geral, trata-se de um projeto difícil de ser estabelecido com rigor. Uma das razões fundamentais pode ser encontrada no fato ainda persistente das ignorâncias recíprocas e por vezes sistemáticas dos especialistas” (p.39-40).

Além disso, “hoje, percebe-se o conceito de interdisciplinaridade como polissêmico, pois a atitude interdisciplinar depende da história vivida, das concepções apropriadas e das possibilidades de olhar por diferentes perspectivas uma mesma questão” (FORTES, 2009, p.8).

## **2.2 Concepções de interdisciplinaridade**

Por conta destas diferentes perspectivas, nos parece importante refletir, como buscamos fazer acima, sobre os problemas que envolvem a questão da interdisciplinaridade, entendendo-a não meramente como ferramenta tecnológica, mas como questão filosófica, inserida em um amplo contexto humano, em um conjunto de problemáticas sociais, políticas, econômicas e culturais, sem as quais já não podemos pensar o processo de saúde-doença de forma integral.

Partindo desta contextualização ampla, certamente cabe apresentar algumas definições conceituais de interdisciplinaridade, bem como distinções entre termos que a ela se

relacionam, a fim de facilitar o processo de reflexão sobre o tema e discussão dos resultados encontrados na presente pesquisa.

Segundo Zannon (1994), interdisciplinaridade são ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento. Gomes (1997) observa que o trabalho interdisciplinar envolve criatividade, originalidade e flexibilidade frente às diversas formas de pensar os problemas e suas soluções e que a prática interdisciplinar não implica uma desvalorização ou negação das especialidades, mas a busca pela superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional. Para Meirelles (2003), o diálogo contínuo com outras formas de conhecimento, de maneira compartilhada e interativa, facilita os enfrentamentos profissionais e possibilita a assistência humanizada e cidadã, contribuindo para compreensão das realidades.

Segundo a classificação de Eduardo Mourão Vasconcelos (2002 *apud* SILVA, 2010), que discute as obras de Jantsch (1972 *apud* SILVA, 2010) e de Japiassu (1976), é possível distinguir cinco tipos de crescentes diálogos interdisciplinares: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade auxiliar, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, numa hierarquia crescente de cooperação e coordenação das disciplinas, desde sua configuração menos interativa (multidisciplinaridade) até a mais interativa (transdisciplinaridade).

Japiassu, em “Interdisciplinaridade e patologia do saber”, obra que segue-referência no tema até os dias atuais, se preocupa em precisar alguns “conceitos vizinhos” que, segundo ele, acrescentam graus sucessivos de cooperação e coordenação crescentes, conforme já descrito acima, tais como disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade.

No quadro abaixo, comparamos os conceitos apresentados por Japiassu (1976) e Vasconcelos (2002 *apud* SILVA, 2010).

*Quadro 1. Os crescentes diálogos interdisciplinares*

<b>Categoria</b>	<b>Vasconcelos, 2002 (apud SILVA, 2010)</b>	<b>Japiassú, 1976</b>
Disciplinaridade		Exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo (p. 72).
Multidisciplinaridade	É definida como a presença, na mesma instituição, de distintas especializações que, a não ser por um sistema de referência e contrareferência, não se comunicam entre si (p. 43).	Gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer às relações que podem existir entre elas (p. 73).
Pluridisciplinaridade	Podemos utilizar como exemplo às reuniões técnicas em que vários especialistas se reúnem, para trocar pontos de vistas, cada um dentro de sua área de atuação e saber (p. 43).	Justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer às relações existentes entre elas (p. 73).
Interdisciplinaridade Auxiliar	É entendida como a junção de saberes de distintas disciplinas para o domínio de uma disciplina já existente, sendo esta última o campo receptor e coordenador das demais. Podemos utilizar como exemplo um manual de psiquiatria em que além dos aspectos nosográficos de cada caso, também leve em consideração, aspectos sociais e psicológicos no diagnóstico (p. 43).	
Interdisciplinaridade	É definida como uma prática estrutural que permite a reciprocidade, o enriquecimento mútuo e tende a relações profissionais horizontais. Nesse contexto, a prática interdisciplinar exige uma problemática comum, em que sejam elaboradas estratégias teóricas e políticas sobre a sua ação. É marcada por uma fecunda interação e aprendizagens mútuas que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação de elementos internos (p.43).	Axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definida no nível hierárquico imediatamente superior (à multi e pluridisciplinaridade), o que introduz a noção de finalidade (p.74).  Caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de interação real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa (p.74-75).
Transdisciplinaridade	Pode ser compreendida por uma extrema ampliação do conceito anterior do qual decorreria o surgimento de um novo campo de atuação. Nessa modalidade de interação todas as disciplinas coordenam e são coordenadas, umas pelas outras, ao mesmo tempo, sob a luz de uma axiomática geral. Nesse momento de interação, seria criado um novo campo de saber com autonomia teórica, disciplinar ou operativa própria, como a ecologia, por exemplo (p.43).	Coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do sistema de ensino inovado, sobre a base de uma axiomática geral (p. 74).  Uma etapa superior (à interdisciplinaridade) que não se contentaria em atingir interações ou reciprocidade entre pesquisas especializadas, mas que situaria essas ligações no interior de um sistema total, sem fronteiras estabelecidas entre as disciplinas (p.72-75).

Fonte: adaptado de Japiassú, 1976; Vasconcelos, 2002 (apud SILVA, 2010).

Cabe ainda observar que a multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade realizam “um agrupamento, intencional ou não, de certos ‘módulos disciplinares’, sem relação entre as

disciplinas (o primeiro) ou com algumas relações (o segundo) (JAPIASSÚ, 1976, p.73). “Quanto ao termo ‘interdisciplinar’, devemos reconhecer que não possui ainda um sentido epistemológico único e estável. Trata-se de um neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido da mesma forma” (p.72). Em relação à transdisciplinaridade (conceito desenvolvido inicialmente por Piaget) Japiassu (1976) apressa-se em concordar com o primeiro autor de que tratar-se-ia apenas de um sonho, uma etapa futura, e não de uma realidade presente.

Tendo em vista essas reflexões, poderíamos concluir dizendo que

a interdisciplinaridade se realiza como uma forma de ver e sentir o mundo, de estar no mundo, de perceber, de entender as múltiplas implicações que se realizam, ao analisar um acontecimento, um aspecto da natureza, isto é, os fenômenos na dimensão social, natural ou cultural. É ser capaz de ver e entender o mundo de forma holística, em sua rede infinita de relações, em sua complexidade (FORTES, 2009, p.9).

Apesar das dificuldades existentes, é preciso reconhecer que o campo da Saúde Coletiva no Brasil acumula uma rica experiência histórica de inovações e transformações, expressas nas “conquistas dos movimentos sociais da saúde na defesa da Reforma Sanitária brasileira, com três décadas de esforços, para que o SUS venha a ser um sistema de saúde democrático, universal, justo, digno, efetivo, integral e de qualidade” (PAIM, 2009, p.36). Assim, não nos parece temeridade afirmar que a APS e, no seio dela, as RMSF, apresentam potencial como campo fecundo para o desenvolvimento deste exercício tão necessário à *práxis interdisciplinar* em saúde, embora ainda não se tenham efetivado plenamente como tal.

### 3. O PROCESSO DE PESQUISA: INDICAÇÕES METODOLÓGICAS

A pesquisa desenvolvida é de natureza **qualitativa**, que apresenta-se como uma tentativa de compreensão detalhada dos significados e características da realidade. A opção pela pesquisa qualitativa justifica-se porque, segundo Minayo (2004, p.12),

a discussão crítica do conceito de 'Metodologias Qualitativas' nos induz a pensá-las não como uma alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas a aprofundar o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada. As diferentes teorias que abrangem (cada uma delas) aspectos particulares e legam outros, nos revelam o inevitável imbricamento entre conhecimento e interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto, e a necessidade indiscutível da crítica interna e externa na objetivação do saber.

Considerando os objetivos elencados previamente, o **estudo exploratório-descritivo** é o que mais se identifica com as características apresentadas. As pesquisas exploratórias, segundo Gil (1999, p.44), “[...] tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”.

Já as pesquisas descritivas “[...] têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. É o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas” (GIL 1999, p.46).

O cenário de pesquisa foi o CS Prainha, integrante da rede de atenção à saúde da SMS de Florianópolis, pertencente ao Distrito Sanitário (DS) Centro.

Os **sujeitos de pesquisa** foram todos os profissionais que participam do processo de trabalho neste cenário de pesquisa (ESF, NASF, coordenação, técnicos administrativos, profissionais de segurança e de serviços gerais, motoristas), independente do vínculo de trabalho (servidores concursados, profissionais contratados, terceirizados ou residentes).

A **amostra** escolhida abrangeu 58 pessoas, correspondendo a 100% dos profissionais que atuam no cenário de pesquisa escolhido. Entretanto, devido a especificidades circunstanciais tais como férias (3 sujeitos), afastamento por motivo de saúde (2 sujeitos) e, em alguns casos, dificuldade de localização e contato (3 sujeitos), 8 profissionais que integravam esta amostra não participaram da pesquisa.

A escolha de uma amostra de 100% objetivou abranger todas as categorias profissionais e tipos de vínculo laboral, mostrando fluxos e dinâmicas que geralmente ficam menos evidenciados nos espaços comumente “naturalizados” como espaços da interdisciplinaridade, tais como interconsultas, reuniões semanais de equipe, reuniões de matriciamento entre ESF e NASF, reuniões mensais do NASF, e outros. Ao incluir profissionais que realizam as chamadas “atividades-meio”, tais como coordenação da unidade, assistentes administrativos, agentes de segurança (vigilantes), auxiliares de serviços gerais e motorista, acreditávamos possibilitar a observação de aspectos das relações multiprofissionais/interdisciplinares que geralmente ficam “escondidos” ou “esquecidos” no processo de trabalho do dia-a-dia.

A inclusão de profissionais residentes foi importante, porque servidores e residentes vivem processos de trabalho diferentes, ambos representando aspectos relevantes da realidade do CS Prainha. Acreditamos que tanto um como outro deveriam ser observados e descritos a fim de caracterizar um retrato mais completo desta realidade.

A coleta de dados deu-se através de questionário semiestruturado (apêndice A), preenchido pelos sujeitos de pesquisa, sem auxílio das pesquisadoras, com prazo de 10 dias para responder. Alguns dos critérios utilizados para a escolha deste método consistiram no grande número de sujeitos de pesquisa; no fato de a população alvo estar relativamente dispersa geograficamente, devido aos diversos locais de trabalho dos profissionais NASF; o pouco tempo disponível para a realização da coleta de dados e a escassez de recursos financeiros para a realização de outros tipos de coleta de dados (VALENTIM, 2008).

As principais vantagens do uso de questionário são a facilidade de atingir um grande número de indivíduos simultaneamente; pela sua própria natureza, a possibilidade de obter respostas uniformes, facilitando a categorização e análise; o fato de permitir o anonimato do respondente e possibilitar que o pesquisado tenha mais tempo para responder (VALENTIM, 2008).

No entanto cabe observar que ele apresenta também algumas desvantagens: não permite que haja um confronto das respostas obtidas com a realidade do pesquisado; não permite qualquer tipo de aprofundamento por parte do pesquisador; não permite verificar as reações do respondente em relação aos conteúdos das questões; não permite verificar a seriedade/atenção com que o pesquisado respondeu as questões e tem uma natureza fria e impessoal (VALENTIM, 2008).



Antes da aplicação dos questionários junto aos sujeitos de pesquisa escolhidos, foi realizado um pré-teste com uma profissional de outro CS, a partir do qual ajustaram-se algumas questões, a fim de proporcionar maior clareza nas questões.

A entrega dos questionários ocorreu no local e horário de trabalho, mas o preenchimento pôde ser realizado em casa, conforme escolha de cada sujeito de pesquisa, buscando evitar inconvenientes a estes sujeitos e interferências no processo de trabalho da unidade. Os registros foram elencados por meio dos próprios questionários, preenchidos pelos sujeitos de pesquisa.

A **análise dos dados** foi realizada objetivando identificar categorias e sub-categorias de análise presentes nos discursos dos sujeitos de pesquisa, suas propriedades e características, e a forma como estas se relacionam entre si. Deu-se através de três etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados, e análise “final” (sempre provisória).

Na primeira etapa, que consistiu na ordenação dos dados, foram realizadas a leitura intensiva e aprofundada dos questionários e o agrupamento e organização das respostas encontradas.

Na segunda etapa, foi elaborada uma primeira classificação, onde cada assunto, tópico ou tema foi separado e guardado, buscando assim identificar palavras-chave e categorias. Posteriormente foi feito o agrupamento dos temas mais relevantes, ressaltando aspectos comuns e que se repetem, bem como aqueles que são diferentes e trazem algo significativo da realidade, para serem analisados à luz do referencial teórico.

Na terceira etapa, de análise final, enfocamos os objetivos, delineando as conclusões do trabalho, buscando pistas e indicações que possam servir de fundamento para propostas de planejamento, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades.

Antes da aplicação dos questionários, o projeto de pesquisa foi inscrito na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC através do Parecer n. 46.565, bem como pela Comissão de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Ofício n. 22/2013).

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em pesquisas que envolvem seres humanos, como garantia da confidencialidade e anonimato dos sujeitos da pesquisa, os participantes foram orientados previamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B), tendo sido informados de que

poderiam/poderão desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.

## 4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Indicações iniciais

A amostra escolhida para participar da pesquisa incluía 100% dos profissionais que trabalham no CS Prainha, e consistia em 58 pessoas, dos quais **9** são profissionais do **NASF**; **32** são das **equipes básicas**, sendo **24** da **ESF**, **5** da **Estratégia de Saúde Bucal (ESB)** e **3** da **Equipe do Consultório na Rua (ECR)**; **9** são **residentes**, sendo **5** vinculados ao **NASF** e **4** à **ESF/ESB**; **8** são profissionais que realizam as chamadas **atividades-meio**, sendo **3** **assistentes administrativos**, **1** **coordenadora de unidade**, **1** **auxiliar de serviços gerais**, **2** **vigilantes** e **1** **motorista**, que chamaremos adiante de “**outros**”.

Devido a afastamentos por motivo de saúde (2), férias (3) e, em alguns casos, dificuldade de realizar contato pessoal (3), **8 pessoas não receberam** o questionário. Do total de **50 pessoas** que foram convidadas, **100% concordaram** em participar, após orientação oral e leitura do TCLE, apresentando a seguinte composição: **5 NASF**, **29 ESF/ESB/ECR**, **8 residentes** e **8 outros**.

No entanto, apenas **14 assinaram o TCLE e devolveram o questionário** preenchido, atingindo uma **adesão de 28%**. Esse conjunto de **sujeitos de pesquisa efetivos** compunha-se da seguinte forma: **1 NASF**, **8 ESF/ESB/ECR**, **2 residentes** (1 ESF e 1 ESB) e **3 outros**.

Acreditamos que, apesar das 8 pessoas que não receberam o questionário, o conjunto de profissionais convidados a participar da pesquisa apresentava boa distribuição entre as categorias consideradas, além de corresponder a 86,2% dos profissionais que atuam no CS Prainha.

Quanto à devolutiva dos questionários, segundo Valentim (2008) espera-se, para esta metodologia de coleta de dados, cerca de 20 % de adesão, o que nos permite afirmar que a adesão alcançada (de 28%) está acima do esperado, podendo ser considerada positiva.

Também nos parece positivo o fato de que todas as categorias consideradas (NASF, ESF/ESB/ECR, residentes e outros) estiveram representadas entre os sujeitos de pesquisa efetivos, embora a representação NASF tenha sido de apenas 1 sujeito.

Por outro lado, surpreendeu a baixa adesão de residentes e preceptores de Residência que, juntos, correspondem a um número de 13 profissionais (dos quais 12 foram convidados,

devido às férias de uma residente), mas apenas 2 responderam ao questionário. Entre eles não se encontrava nenhum preceptor.

#### **4.2 Perfil dos sujeitos participantes da pesquisa**

Os sujeitos participantes da pesquisa (14 profissionais que, a partir deste ponto, consideraremos como correspondente a 100% dos participantes), apresentaram o seguinte perfil quanto à idade, sexo, nível de escolaridade, profissão, cargo/função no CS Prainha, vínculo laboral com a SMS e tempo de serviço:

*Quadro 2. Perfil dos sujeitos de pesquisa quanto a idade, sexo, nível de escolaridade, profissão, cargo/função no CS Prainha e vínculo laboral.*

<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Nível de Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Cargo / Função no CS Prainha</b>	<b>Vínculo laboral</b>
20 a 30 anos: 3	F: 10	Residência em SF: 2	ACS: 3	Equipes Básicas (ESF / ESB / ECR): 8	Concursados: 6
30 a 40 anos: 4	M: 4	Especialização em SF: 1	Médico(a): 3	Outros (atividades-meio): 3	Contratados: 4
40 a 50 anos: 5		Outra Pós Graduação: 3	Técnico(a) em enfermagem: 2	Residentes: 2	Terceirizados: 2
Mais de 50 anos: 1		Ensino Superior Completo: 2	Enfermeiro(a): 1	NASF: 1	Residentes: 2
Não informada: 1		Ensino Superior Incompleto: 1	Dentista: 1		
		Ensino Médio Completo: 3	Psicólogo(a): 1		
		Ensino Fundamental Completo: 1	Administrador(a): 1		
		Ensino Fundamental Incompleto: 1	Auxiliar de serviços gerais: 1		
			Vigilante: 1		

Fonte: Elaboração da autora com base nas informações dos questionários aplicados.

*Quadro 3. Perfil dos sujeitos de pesquisa quanto ao tempo de serviço (na área da saúde em geral, na Saúde da Família, na SMS e no CS Prainha).*

<b>Tempo de serviço na área da saúde, em geral</b>	<b>Tempo de serviço na Saúde da Família</b>	<b>Tempo de serviço na SMS</b>	<b>Tempo de serviço no CS Prainha</b>
< 1 ano: 1	< 1 ano: 1	< 1 ano: 2	<1 ano: 4
1 a 5 anos: 7	1 a 5 anos: 7	1 a 5 anos: 8	1 a 5 anos: 7
5 a 10 anos: 1	5 a 10 anos: 2	5 a 10 anos: 3	5 a 10 anos: 2
10 a 15 anos: 4	10 a 15 anos: 4	10 a 15 anos: 1	10 a 15 anos: 1
> 15 anos: 1	> 15 anos: 0	> 15 anos: 0	> 15 anos: 0

Fonte: Elaboração da autora com base nas informações dos questionários aplicados.

Observa-se que, quanto à idade, os sujeitos distribuem-se de forma mais ou menos uniforme entre as faixas etárias encontradas, com exceção daqueles com idade maior de 50 anos que correspondem à minoria (1). Assim, 13 sujeitos apresentam idade entre 20 e 50 anos, faixa etária comumente predominante entre a população economicamente ativa, apresentando um perfil já esperado.

Houve uma predominância do sexo feminino sobre o masculino (71,42% são mulheres), refletindo a realidade do universo total de profissionais que atuam no CS Prainha (61,66% são mulheres), expressando talvez uma tendência do perfil dos profissionais de saúde atuantes na APS, como mostra estudo de caso realizado na 14ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (ZANETTI *et al*, 2010, p.451).

Seis (6) sujeitos têm pós-graduação (42,85%), e destes, 3 (21,42%) na área de Saúde da Família, indicando que 1/5 dos participantes teve alguma formação voltada para a interdisciplinaridade (Saúde da Família). Dois (14,28%) têm ensino superior completo e 6 (42,85%) não têm.

Nove (9) profissões estiveram representadas, tendo os ACS, médicos e técnicos em enfermagem somado 50% do universo de participantes (7), o que indicaria uma maior adesão das equipes de ESF na pesquisa. Este fato, por si só, não chega a surpreender, já que, na amostra total convidada a participar (50 profissionais), os membros da ESF correspondem a 56% (28 profissionais).

Passando então para a análise do cargo/função no CS Prainha, observamos que os profissionais associados às equipes básicas (ESF – equipes 130, 131 e 132, ESB – equipes

130 e 132, e ECR – equipe 133), somam 10 participantes (3 ACS, 2 médicos ESF, 2 técnicos em enfermagem, 1 enfermeira, 1 dentista e 1 psicóloga ECR), ou seja 71,40% da amostra. Os profissionais dedicados às atividades-meio somam 3 (1 vigilante, 1 assistente administrativo e 1 auxiliar de serviços gerais), correspondendo a 21,42% do conjunto de entrevistados. Por fim, os profissionais vinculados às equipes NASF resumem-se a 1 (médica pediatra), representando apenas 7,14% da amostra, ou seja, 1/10 daqueles vinculados à ESF.

Somados os profissionais com cargo/função relacionada ao NASF e à Residência, observamos uma baixa representação (3 profissionais, ou seja, 21,42%, mesma representação dos profissionais vinculados às atividades-meio, geralmente excluídos das reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho). Este fato surpreendeu as pesquisadoras, considerando as características intrínsecas de sua inserção no serviço e de seus discursos como categorias, que geralmente buscam privilegiar o trabalho interdisciplinar.

Em outras palavras, poderíamos imaginar que os profissionais NASF, pelo processo de trabalho pautado no matriciamento interdisciplinar das equipes ESF, ESB e ECR e na educação permanente, bem como os residentes, imersos no processo pedagógico de reflexão e atuação no sentido da busca pela interdisciplinaridade, apresentariam maior envolvimento com o tema da pesquisa. Mas tal fato não ocorreu: os 2 participantes residentes vinculam-se às equipes básicas (nenhum ao NASF) e a única participante NASF não está vinculada à Residência. Dos 4 preceptores da Residência presentes no CS Prainha (todos convidados a participar, sendo 3 NASF e 1 ESF), nenhum respondeu ao questionário. Estes profissionais se apresentavam às pesquisadoras como potenciais contribuintes do aprofundamento da discussão na fase empírica da pesquisa. Acreditávamos e acreditamos que, pelas características de seu processo de trabalho (especialmente no ano de 2013, quando os residentes NASF passaram-se a vincular-se a apenas um CS, com o objetivo de aprofundar o trabalho interdisciplinar junto às equipes básicas), tais sujeitos teriam e têm grandes contribuições a dar à discussão. Contribuições estas cuja falta fez sentir-se de forma marcante na fase de análise dos resultados.

Quanto ao vínculo laboral, encontramos os profissionais admitidos por concurso público (6), através de contrato temporário (4), terceirizados (2) e residentes (2). Considerando o vínculo temporário (2 anos) dos residentes ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), vínculo este voltado ao processo de formação profissional (educação em serviço), não se espera que sejam concursados pela SMS, o que seria, inclusive, irregular do

ponto de vista da lei, já que devem garantir dedicação exclusiva à Residência. Assim, excluindo os residentes em sua especificidade quanto ao vínculo laboral, destaca-se o fato de que apenas a metade dos sujeitos restantes (6 em 12) são concursados, o que se deve ao vínculo laboral dos ACS (3 contratados) e de alguns profissionais voltados às atividades-meio (2 terceirizados) ou vinculados à ESF (1 contratado). Este fato nos faz refletir sobre a política de Recursos Humanos (RH) da SMS que, apesar da constante pressão do Ministério Público (MP) para efetivação do quadro funcional através de concurso público, mantém funcionários contratados em seu quadro de profissionais (no caso dos ACS, correspondendo a 100%). Isso gera instabilidade e alta rotatividade dos profissionais nas equipes, fator destacado nas entrevistas como limitante da interdisciplinaridade no processo de trabalho.

A longitudinalidade do cuidado é um dos conceitos essenciais da APS no SUS, e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) destaca o caráter prejudicial da alta rotatividade dos profissionais de saúde nos serviços:

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de APS tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde. O vínculo e a responsabilização, contidos na proposta brasileira, referem-se a esse conceito. A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, o que significa uma unidade de saúde com equipes estáveis. A rotatividade de pessoal nas equipes de saúde é um fator impeditivo do alcance da longitudinalidade (BRASIL, 2007, p.41-42).

Esta rotatividade resultante, entre outras causas, da precariedade dos vínculos laborais, reflete-se no tempo de serviço dos profissionais. Na saúde de um modo geral, 12 profissionais apresentam entre 1 e 15 anos, predominando a faixa de 1 a 5 anos (7 profissionais), sendo pouco significativo o número de profissionais com menos de 1 ano ou mais de 15 anos de serviço. O tempo exercido na área de Saúde da Família especificamente é, em sua maioria, de 0 a 10 anos (10 profissionais), bem como o tempo de casa na SMS (13 profissionais) e no CS Prainha (13 profissionais). Nestes casos, nenhum profissional apresenta mais de 15 anos de serviço e, embora aqueles com menos de 1 ano sejam pouco representativos na análise do tempo de serviço na Saúde da Família (1), tornam-se um pouco mais representativos quando analisamos o tempo de casa: na SMS correspondem a 2, e no CS Prainha, a 4 profissionais (28,57%). O fato de quase 1/3 dos profissionais terem menos de um ano de casa na unidade

refletiu-se na percepção de vários participantes que, como já mencionado anteriormente, apontaram a alta rotatividade de profissionais como um importante limite para o exercício da interdisciplinaridade.

### **4.3 As concepções de interdisciplinaridade apresentadas pelos sujeitos da pesquisa**

Na apresentação da pesquisa aos profissionais convidados, as pesquisadoras abstiveram-se de expor suas concepções de interdisciplinaridade, orientando os sujeitos de pesquisa a descreverem suas próprias concepções, a partir do entendimento de que a discussão sobre “como a composição multiprofissional possibilita uma práxis interdisciplinar na APS” (objetivo geral da presente pesquisa) não pode prescindir de uma descrição das “**concepções de interdisciplinaridade** apresentadas pelos próprios sujeitos da pesquisa” (primeiro objetivo específico).

A seguir descrevemos os resultados das questões 2.1 e 2.2 do questionário, de forma resumida, a partir das idéias-chave apresentadas nas respostas, e agrupadas, segundo a aproximação que apresentam das concepções encontradas em nossa fundamentação teórica (4.3.1, 4.3.2 e 4.3.3) os aspectos do trabalho que se apresentam como requisitos ou resultados da interdisciplinaridade (4.3.4 e 4.3.5), e as descrições das percepções e relações dos participantes com o tema (4.3.6).

#### **4.3.1. Concepções de interdisciplinaridade divergentes da nossa fundamentação teórica**

- Mau comportamento, descaso.
- Disciplina.
- Dar atenção à própria saúde e de sua família.

#### **4.3.2. Concepções de interdisciplinaridade restritas à multiprofissionalidade, multidisciplinaridade e/ou pluridisciplinaridade**

- Reuniões com troca de informações e análise da situação do paciente.
- Vários profissionais trabalhando juntos, em atuações multidisciplinares.



- Conhecimento técnico em prol das equipes

#### 4.3.3. Concepções de interdisciplinaridade convergentes com nossa fundamentação teórica

A partir da união das idéias-chave encontradas nas respostas de diversos participantes (numeradas abaixo de 1 a 6, e que se repetiram em diversas respostas) que indicavam concepções mais convergentes com a bibliografia sobre o tema, seria possível compor a seguinte descrição: “Troca de saberes, experiências e práticas (1), entre profissionais ‘especialistas’ de diferentes áreas (2) e usuários (3), interagindo além do nosso conhecimento específico (4), unindo saberes de fontes diferentes (5) dentro de uma equipe multidisciplinar (6)”.

#### 4.3.4. Concepções a respeito de quais seriam os requisitos necessários para a interdisciplinaridade

- Ter carinho no trabalho que faz, profissionalismo, respeito ao usuário em suas diferenças e peculiaridades.
- Relações, harmonia, apoio, suporte, trabalho em conjunto, coletividade, objetivo comum.
- Formação diferenciada, depende do perfil de cada profissional (debate e integração x “ficar no seu mundinho”), NASF como apoiador (papel ainda em construção).
- Extrapola o setor da saúde, intersetorialidade.

#### 4.3.5. Concepções a respeito de quais seriam os resultados ou finalidade do exercício da interdisciplinaridade

- Saber maior e mais eficiente, resultados melhores, qualificação, orientação mútua, melhor atendimento, maior resolutividade, melhor desenvolvimento do trabalho individual/específico, agregando e enriquecendo conhecimentos.
- Ações diferenciadas, diferentes olhares integram diferentes esferas do paciente/comunidade, integralidade.
- Humanização do trabalho e bem-estar para todos.

#### 4.3.6. Como os sujeitos de pesquisa descrevem sua percepção do tema e sua relação com o mesmo

- Desafio, assunto novo com muito contato na Residência.

Inicialmente observa-se (4.3.1.) que alguns participantes (3) têm concepções totalmente divergentes da fundamentação teórica usada na pesquisa, e que suas respostas indicam até mesmo o desconhecimento do significado literal do termo, e fazem confusão com termos como disciplina e/ou indisciplina e atenção à saúde: “A pessoa ter disciplina no que faz” (sujeito de pesquisa n. 9). “Mau comportamento, descaso” (sujeito de pesquisa n. 11). “É a pessoa ter sempre sua atenção pela saúde” (sujeito de pesquisa n. 4).

Isso não significa que tais participantes, em resposta a outras perguntas do questionário, não tenham apresentado concepções interessantes dos espaços, ações, limites, possibilidades e mudanças envolvidos na questão da interdisciplinaridade. No entanto, é importante observar que, se o termo é desconhecido ou confuso para parte dos sujeitos de pesquisa, tal fato, neste caso, não está necessariamente associado à baixa escolaridade, mas pode indicar que a reflexão e discussão sobre o tema têm ocorrido de forma escassa ou inapropriada no ambiente de trabalho.

Observam-se também concepções restritas à multiprofissionalidade, multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade (4.3.2.), que expressam o entendimento de que trabalhar no mesmo ambiente ou trocar informações e conhecimento técnico já seriam elementos suficientes para caracterizar a interdisciplinaridade: “Troca de informações (conhecimento) entre os profissionais” (sujeito de pesquisa n. 6). “Expor seus conhecimentos técnicos em prol das equipes” (sujeito de pesquisa n. 14). “Trabalho construído através dos diferentes saberes dos diferentes profissionais que fazem parte ou apóiam a ESF” (sujeito de pesquisa n. 5).

Em seguida, algumas respostas apresentam concepções mais amplas e convergentes com a bibliografia consultada, evidenciando uma noção de “finalidade”, que não existe na multi ou pluridisciplinaridade: “Troca entre os ‘especialistas’ de uma equipe multidisciplinar. É um trabalho em conjunto, com um objetivo comum, partilhado por vários saberes de fontes diferentes” (sujeito de pesquisa n. 12) “Consiste na troca de saberes, experiências e práticas

entre profissionais de diferentes áreas, a fim de se construir um saber maior e mais eficiente” (sujeito de pesquisa n. 3). “Capacidade de trabalhar com diferentes saberes, de diferentes áreas, com certa harmonia e obtendo resultados melhores do que cada profissional isoladamente” (sujeito de pesquisa n. 8).

“A interdisciplinaridade é definida como uma prática estrutural que permite a reciprocidade, o enriquecimento mútuo e tende a relações profissionais horizontais” (SILVA, 2010, p.43). A prática interdisciplinar exige uma problemática comum, sendo elaboradas estratégias teóricas e políticas sobre a sua ação. Destaca-se por uma fecunda interação e aprendizagens mútuas “que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação de elementos internos” (VASCONCELOS, 2002 *apud* SILVA, 2010, p.43).

No item 4.3.4 estão as idéias-chave que evidenciam a percepção da necessidade de elaborar estratégias teóricas e políticas para o exercício da interdisciplinaridade, e da dificuldade gerada na ausência destas. Tratam-se das questões éticas e de postura profissional, dinâmicas de relacionamento interpessoal e senso de coletividade, aspectos da formação profissional: “Nem sempre os profissionais falam a mesma língua. Isso é o grande problema” (sujeito de pesquisa n. 1). “Resistência dos próprios profissionais, relutantes em alterar a forma de atendimento” (sujeito de pesquisa n. 8). “[...] visão biomédica na saúde, resistência dos profissionais, dificuldades no trabalho multiprofissional, falta de entendimento que podemos ter sobre o processo de trabalho interdisciplinar” (sujeito de pesquisa n. 7). “Pouco vínculo entre a equipe que, estando fragmentada/enfraquecida, não trabalha bem junto” (sujeito de pesquisa n. 5). “Entendo como um desafio, visto que depende muito do perfil de cada profissional: alguns são muito abertos ao debate, à contribuição e à integração entre as áreas, mas outros preferem ficar no seu ‘mundinho’” (sujeito de pesquisa n. 8).

Podendo ser entendidas como parte deste mesmo item 4.3.4., algumas falas demonstram a percepção de que, para exercitar a interdisciplinaridade, é preciso também trabalhar a intersetorialidade: “Acredito que seja a troca de saberes, com diferentes envolvidos, desde profissionais a usuários, e que extrapola o setor saúde” (sujeito de pesquisa n. 7). “Falta integração com a comunidade, fazer mais ações, envolver outras entidades, unir todos para um bem comum” (sujeito de pesquisa n. 1). “Acho que a interdisciplinaridade se faz pela intersetorialidade” (sujeito de pesquisa n. 7).

Por fim, outras falas destacam que a busca da interdisciplinaridade também depende muito da organização do processo de trabalho, das estratégias teóricas e políticas apresentadas

e efetivadas pelos gestores (coordenação da unidade e gestão da SMS de um modo geral), que deve garantir condições materiais e operacionais, a fim de possibilitar a existência destes espaços, priorizá-los e respeitá-los. Os sujeitos de pesquisa identificam diversos fatores limitantes para o exercício da interdisciplinaridade que estão relacionados com a atuação da gestão, conforme segue.

**Falta de espaço físico:** “A falta de espaço físico no nosso trabalho é o grande vilão. Exemplo: NASF não tem local definido, os ACS também. Isso atrapalha muito a integralidade” (sujeito de pesquisa n.1).

**Servidores em número insuficiente** com conseqüente **sobrecarga de trabalho e limitação na qualidade dos atendimentos:** “Falta profissionais em todos os setores para atender a população com mais qualidade, rapidez e ética profissional” (sujeito de pesquisa n. 10). “Sobrecarga de trabalho [...]” (sujeito de pesquisa n. 7). “Nos faltam servidores, residentes estão assumindo o papel destes” (sujeito de pesquisa n. 2).

**Alta rotatividade dos profissionais:** “A não permanência de profissionais em seus cargos por tempo prolongado” (sujeito de pesquisa n. 12).

**Excesso de atendimentos de demanda espontânea e priorização da ampliação do acesso em detrimento da qualidade:** “A demanda espontânea em grande quantidade” (sujeito de pesquisa n. 12). “Coordenação que observe e defenda os espaços e momentos, evitando abarrotar agenda com consultas, fazendo cair qualidade no atendimento” (sujeito de pesquisa n. 8).

**Priorização dos atendimentos individuais, de caráter clínico, em detrimento dos espaços de atuação coletiva e horizontal:** “Falta de prioridade para os espaços de matriciamento, vagas são substituídas por consulta agendada; crença de que ‘somente o médico resolve’” (sujeito de pesquisa n. 8). “(Necessitamos mais) espaço nas agendas dos profissionais para discussão de casos que interligam as diferentes profissões” (sujeito de pesquisa n. 12).

**Baixa valorização profissional e necessidade de reorganização do processo de trabalho e de educação permanente:** “Baixa valorização do trabalho e do saber dos ACS” (sujeito de pesquisa n. 5). “Acredito que as equipes precisam de capacitação para o trabalho e reorganização do processo de trabalho. É preciso criação e utilização de protocolos [...]; coordenação mais efetiva da unidade, que acredite na mudança, e esteja disposta a participar dela e construir com as equipes” (sujeito de pesquisa n. 5).

**Falta de comprometimento da coordenação da unidade:** “Falta uma coordenação mais comprometida com a comunidade e o CS” (sujeito de pesquisa n. 2). “A coordenadora, além de não incentivar ações interdisciplinares, coloca empecilhos para a realização das que já acontecem” (sujeito de pesquisa n. 3).

A análise destas falas será realizada de forma mais aprofundada no TCC da residente de Serviço Social Daniela Cristina Pereira, a ser realizado posteriormente, no qual serão analisados os conteúdos relativos aos objetivos específicos que visam entender as possibilidades e limites existentes para o exercício da interdisciplinaridade no CS Prainha, bem como as mudanças que poderiam acontecer para potencializar este processo, do ponto de vista dos sujeitos de pesquisa. Citamos as falas acima com o objetivo de mostrar que, ao elaborar suas concepções de interdisciplinaridade e os requisitos necessários para esta prática, os sujeitos de pesquisa identificam aspectos relacionados às estratégias teóricas e políticas não somente das equipes, mas também dos gestores.

Voltando às concepções de interdisciplinaridade apresentadas, vemos que a consciência da referida noção de finalidade mostra-se em algumas idéias-chave encontradas e agrupadas no item 4.3.5, que descrevem: melhor atendimento, maior resolutividade, integralidade, melhor desenvolvimento do trabalho individual/específico, agregação e enriquecimento dos conhecimentos, e humanização do trabalho. “O trabalho interdisciplinar proporciona uma maior resolutividade das ações em saúde, já que pode ajudar na integralidade do cuidado” (sujeito de pesquisa n. 5). “[...] adaptando um atendimento com humanização da saúde, com bem-estar para todos” (sujeito de pesquisa n. 14).

Por fim, no item 4.3.6, encontram-se descrições breves das relações dos sujeitos com o tema: “entendo como um desafio” (sujeito de pesquisa n. 8), ou “é um assunto novo, mas que conheci e tive muito contato dentro da Residência” (sujeito de pesquisa n. 13). “Assunto pouco conhecido dos profissionais de nível superior, que desconhecem a importância da prática (sujeito de pesquisa n. 5).

#### **4.4 Caracterização dos espaços proporcionados pela organização do trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares**

##### 4.4.1 Espaços descritos espontaneamente em resposta à questão aberta

Reuniões de equipe: 4 / grupos de educação em saúde: 4 / interconsultas (atendimento conjunto, consulta compartilhada): 3 / situações informais: 3 / matriciamento: 2 / Visitas Domiciliares (VDs): 2 / reuniões de planejamento da unidade: 2 / Acolhimento: 1 / espaços da Residência: 1 / reuniões (não-especificadas): 1 / atividades de planejamento coletivo: 1 / trabalho em equipe do Consultório na Rua: 1 / Plano Terapêutico Singular e Plano Terapêutico Comunitário (PTS-PTC): 1 / está sendo reivindicado (técnicos não conseguem participar): 1.

##### 4.4.2 Frequência com que os espaços descritos ocorrem<sup>1</sup>

Semanalmente: 7 / Mensalmente: 6 / Diariamente: 2 / Menos do que 1 vez por mês: 1

##### 4.4.3 Espaços assinalados em resposta à questão semi-aberta<sup>2</sup>

Reuniões de equipe: 10 / VDs: 9 / Reuniões de planejamento da unidade: 9 / Interconsultas: 5 / Matriciamento: 5 / Grupos de educação em saúde: 3.

---

<sup>1</sup> A soma extrapola o número de sujeitos, pois alguns sujeitos da pesquisa assinalaram mais do que uma opção de resposta.

<sup>2</sup> A soma extrapola o número de sujeitos, pois a pergunta permitia que os sujeitos da pesquisa assinalassem mais do que uma opção de resposta.

#### 4.4.4 Comparação<sup>3</sup>

Reuniões de equipe: 4 - 10 / grupos de educação em saúde: 4 - 3 / interconsultas (atendimento conjunto, consulta compartilhada): 3 - 5 / situações informais (questionamentos por iniciativa própria, intervalos de atendimento ao público, cafés na copa): 3 - 0 / matriciamento: 2 - 5 / VDs: 2 - 9 / reuniões de planejamento da unidade: 2 - 9 / Acolhimento: 1 - 0 / espaços da Residência: 1 - 0 / reuniões (não-especificadas): 1 - 0 / atividades de planejamento coletivo: 1 - 0 / trabalho em equipe do Consultório na Rua: 1 - 0 / PTS-PTC: 1 - 0 / está sendo reivindicado (técnicos não conseguem participar): 1 - 0.

Dentre os espaços descritos espontaneamente destacaram-se as reuniões de equipe, os grupos de educação em saúde, as interconsultas, e as situações informais (tais como questionamentos por iniciativa própria, intervalos de atendimento ao público e cafés na copa). Também foram citados por mais de um participante os matriciamentos, as visitas domiciliares e as reuniões de planejamento da unidade, embora estas últimas tenham se apresentado polêmicas: foram citadas por alguns participantes como ineficazes (“as reuniões de planejamento são completamente ineficazes” - sujeito de pesquisa n. 3) e pouco democráticas (“falta de oportunidade para expor a visão dos colaboradores durante reunião de planejamento da unidade” – sujeito de pesquisa n. 2) e por outros como espaços de sugestão e crítica que permitem “crescimento e facilitam algumas ações interdisciplinares” (sujeito de pesquisa n. 12).

Quanto à frequência com que estes espaços ocorrem, predominaram as afirmações de frequência semanal (7) e mensal (6), enquanto as frequências diária (2) e de menos do que 1 vez por mês (1) mostraram-se menos significativas.

Em resposta à questão semi-aberta, os espaços mais assinalados foram novamente as reuniões de equipe (“único espaço que tem são as reuniões semanais” - sujeito de pesquisa n. 1) e reuniões de planejamento, bem como as visitas domiciliares; em seguida, as

---

<sup>3</sup> O primeiro número de cada par de números em destaque indica quantos dos sujeitos de pesquisa descreveram aquele espaço em resposta à questão aberta; o segundo, quantas vezes tal espaço foi assinalado em resposta à questão semi-aberta - nos casos em que este segundo número é igual a zero, deve-se ao fato de que tal opção não constava da questão semi-aberta.

interconsultas e os matriciamentos, tendo os grupos de educação em saúde sido assinalados por número menor de participantes. Nenhuma opção oferecida no questionário deixou de ser escolhida, e todas que nele constavam já haviam sido mencionadas de forma espontânea anteriormente (embora se saiba, obviamente, que os participantes podem deixar-se influenciar por leitura prévia das questões subsequentes). Por outro lado, algumas opções que surgiram espontaneamente não constavam do questionário, mostrando que a percepção dos participantes quanto aos espaços proporcionados pela organização do trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares pode ser mais ampla do que aquela inicialmente apresentada pelas pesquisadoras na concepção da pesquisa.

As reuniões de equipe, quase unânime entre os participantes, apareceram ainda em questões subsequentes do questionário, mencionadas como facilitadoras da interdisciplinaridade, ou como um espaço que precisa ser mais respeitado, priorizado e bem aproveitado.

Estas reuniões de equipe parecem ser de fato um espaço com grande potencial para o exercício e o aprendizado da interdisciplinaridade. Ao reunir profissionais da ESF, ESB, ECR e NASF, em grupos menores, com frequência semanal e com o foco centralizado em uma área de abrangência específica, cria-se a possibilidade de que estes profissionais aprofundem seu conhecimento e familiaridade com algumas famílias, trocando saberes e experiências de seus núcleos específicos de conhecimento dentro do campo comum da saúde, buscando a integralidade, e baseando-se em políticas e estratégias do SUS e da Saúde da Família.

Entretanto, muitas vezes, parecem reduzir-se a trocas rápidas de opiniões entre “especialistas”, caracterizando-se mais como um espaço de pluridisciplinaridade:

A pluridisciplinaridade corresponderia à justaposição de disciplinas que, em geral, estariam situadas no mesmo nível hierárquico, estando agrupadas de modo a evidenciar as relações existentes entre elas (JAPIASSU, 1976, p.73).

Podemos utilizar como exemplo às reuniões técnicas em que vários especialistas se reúnem, para trocar pontos de vistas, cada um dentro de sua área de atuação e saber (SILVA, 2010, p.43).

Neste sentido, as VDs, as interconsultas e os grupos de educação em saúde, por se tratarem de espaços de interação entre as equipes multiprofissionais e os usuários do SUS, podem apresentar-se mais enriquecedoras, contando com a contribuição dos saberes populares, e apresentando-se como vivências práticas. As VDs, especialmente, por ocorrerem nos domicílios, o espaço mais íntimo do território habitado por estes usuários, são



extremamente dinâmicas, exigindo trocas de saberes entre todos, imbricadas com a prática, com as demandas clínicas, sociais e culturais trazidas pela realidade dos indivíduos, famílias e comunidade.

É ser capaz de ver e entender o mundo de forma holística, em sua rede infinita de relações, em sua complexidade (FORTES, 2009, p.9).

Fora do espaço institucional do CS Prainha, onde predomina o saber científico e o conhecimento clínico, as relações historicamente verticalizadas dentro das equipes e entre estas e os usuários parecem flexibilizar-se, possibilitando trocas gradualmente mais horizontais. “As atividades de planejamento coletivo, os grupos de educação em saúde, as consultas conjuntas realizadas durante as visitas domiciliares foram os melhores espaços para desenvolver e praticar a interdisciplinaridade” (sujeito de pesquisa n. 13).

Destacaram-se ainda os matriciamentos (citados por profissionais de nível superior) e as reuniões de planejamento da unidade, tendo esta última se mostrado controversa, como já mencionado acima.

O acolhimento foi citado também, como um espaço que “possibilita troca de informação de uma maneira não planejada, mas com experiência prática” (sujeito de pesquisa n. 12). Trata-se de um espaço/momento, que no CS Prainha ocorre durante todo o tempo de funcionamento da unidade, e em que, tradicionalmente, técnicos em enfermagem, enfermeiras e enfermeiras residentes acolhem os usuários com demandas espontâneas, buscando realizar uma avaliação destas demandas, através de escuta, exame físico e levantamento de histórico de saúde, triando-as, atendendo-as e resolvendo-as, quando possível, e orientando ou encaminhando os usuários aos profissionais e às situações pertinentes quando necessário, buscando a maior resolutividade possível e a máxima simplificação dos trajetos terapêuticos. Neste processo, a interação com profissionais de outras áreas, principalmente médicos da ESF, médica pediatra NASF, odontólogos e Técnica em Saúde Bucal (TSB), é intensa e frequente. Realizam-se interconsultas rápidas, não planejadas, com foco na resolução de situações concretas e imediatas, trocando conhecimentos do campo da saúde, dos diferentes núcleos profissionais e sobre o funcionamento e fluxos da rede de serviços de atenção à saúde.

Nos últimos meses a equipe tem realizado experiências de transformação deste processo de acolhimento, modificando horários, fluxos e forma de interação multiprofissional. Em alguns horários os médicos têm atendido em consultório próximo à sala do acolhimento

ou diretamente em conjunto com a equipe de enfermagem, o que tem facilitado o processo de interconsultas/consultas compartilhadas e intensificado a discussão de critérios clínicos para a ordenação dos fluxos, evidenciando a necessidade do uso rotineiro de protocolos de atendimento.

Por fim, as residentes NASF (serviço social, farmácia e nutrição) e a residente de odontologia têm realizado de forma incipiente a experiência de compartilhar este espaço com a equipe de enfermagem, contribuindo na resolução de situações que competem às suas respectivas profissões, bem como aprofundando conhecimentos do campo clínico e dos fluxos de funcionamento da unidade.

Considerando as situações descritas acima, tendemos a concordar com o sujeito de pesquisa n. 12 na avaliação de que este é um importante espaço de exercício da interdisciplinaridade, cujas potencialidades podem ser ainda melhor aproveitadas.

Por fim, parece relevante a citação dos espaços informais de trocas entre profissionais, principalmente para aqueles que não têm a oportunidade de participar das reuniões semanais das equipes: “nas reuniões de planejamento, nos intervalos de atendimento ao público e também até nos cafés da copa dá para se trocar idéias produtivas e criativas de planejamento” (sujeito de pesquisa n. 10).

Uma vez que esta pesquisa parte do entendimento de que os espaços existentes na organização do processo de trabalho podem ou não possibilitar a busca da interdisciplinaridade, é preciso, para além deles, entender como isso se expressa quando ocorre, ou seja, **através de quais ações** estes sujeitos percebem estar exercitando essa busca.

#### **4.5 Identificação das ações interdisciplinares que os profissionais sujeitos da pesquisa acreditam realizar nos espaços de trabalho**

Muitos participantes apenas repetiram os espaços já citados anteriormente, sem discriminar as ações que conseguem realizar a partir deles, o que pode indicar uma dificuldade das pesquisadoras de fazer-se entender ao elaborar o questionário. Entretanto, outros participantes tiveram um entendimento da questão convergente com o nosso, e citaram as ações que acreditam realizar nestes espaços, conforme agrupadas abaixo:

#### 4.5.1. Ações de trocas de saberes entre profissionais

- Orientações gerais sobre saúde, fornecidas por diversos profissionais aos ACS.
- Orientações fornecidas por profissionais de nível superior (farmacêutico, médico, dentista, enfermeira) a profissionais de nível técnico.
- Matriciamento de casos complexos, discussões de casos em reuniões, discussão de casos clínicos compartilhados nas reuniões do NASF, construção de Planos Terapêuticos Singulares e Comunitários (PTS e PTC).
- Educação Permanente.

#### 4.5.2. Ações compartilhadas entre profissionais e usuários

- Interconsultas médico-enfermeira, interconsultas no acolhimento (médicos da ESF e do NASF com residentes de enfermagem, enfermeiras e técnicos), outras interconsultas.

#### 4.5.3. Ações voltadas para a organização do processo de trabalho

- Planejamento do processo de trabalho, planejamento voltado para o CS nos espaços da Residência.

#### 4.5.4. Ações voltadas para o território e a comunidade

- Ações em creches e escolas.

As ações de trocas de saberes entre profissionais parecem dividir-se, na percepção dos participantes, em categorias gradualmente mais estruturadas, partindo de orientações gerais (informais ou voltadas para atendimentos específicos), passando por espaços de compartilhamento planejados (sem a presença de usuários, mas voltados para os atendimentos destes), avançando em busca de um processo de Educação Permanente (que apenas um sujeito

de pesquisa menciona como ação já em andamento). “Montamos PTS (Projeto Terapêutico Singular), projetos de planejamento de processo de trabalho e ação de equipe; realizamos educação permanente” (sujeito de pesquisa n. 5).

Em seguida aparecem também as situações em que os profissionais compartilham conhecimentos em conjunto com os usuários: as interconsultas, entre as quais predominam, nas descrições dos participantes, aquelas que envolvem médicos e equipe de enfermagem. Tal especificidade pode dever-se a uma predominância real de tais ações entre estes profissionais; a uma percepção distorcida dos profissionais, que tendem, historicamente a supervalorizar a profissão médica e as situações clínicas/biomédicas em relação às outras demandas de saúde e profissões; ou ao fato de que os membros destas profissões (médicos e equipe de enfermagem) predominaram largamente entre os sujeitos de pesquisa que efetivamente responderam ao questionário, enquanto nenhum profissional NASF não-médico participou da pesquisa.

Outras ações interdisciplinares descritas foram as de planejamento do processo de trabalho, que foram apenas citadas, mas não muito explicadas pelos sujeitos de pesquisa.

E, por fim, as ações voltadas para o território e a comunidade tais como aquelas realizadas por diversos profissionais, em conjunto, nas creches e escolas do território: “A articulação com outros setores, como por exemplo, creches e escola também acontecem” (sujeito de pesquisa n. 7).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao optar por incluir todos os profissionais do CS Prainha na pesquisa, as pesquisadoras tinham os seguintes objetivos, conforme mencionado na p. 27: revelar alguns espaços e ações possibilitados pelas interações com os profissionais dedicados às atividades-meio, que comumente passam despercebidos; observar as semelhanças e diferenças entre os processos de trabalho dos servidores da SMS e dos residentes, bem como entre profissionais das equipes básicas e profissionais NASF.

Resultou que os profissionais de saúde, propriamente ditos, não mencionaram interações com os profissionais dedicados às atividades-meio, indicando certa “invisibilidade” destes últimos na percepção dos primeiros. Por outro lado, dos 3 profissionais dedicados às atividades-meio, dois mencionaram que participam das reuniões de planejamento da unidade e que, no seu entendimento, realizam ações interdisciplinares. Estas podem consistir em trocas de informações com os profissionais de saúde: “Principalmente informações sobre saúde básica, hábitos saudáveis” (sujeito de pesquisa n. 6), caracterizando-se mais como uma percepção da pluridisciplinaridade presente no ambiente de trabalho; ou podem consistir em interações mais complexas: “Além de fazer a segurança física dos profissionais, tento simplificar e ajudar, sendo observadora, discreta, prestativa, no sentido de passar informações corretas, atualizadas; orientando, observando e às vezes até decidindo alguns assuntos relacionados ao CS Prainha, juntamente com os profissionais correspondentes [...]” (sujeito de pesquisa n. 10).

Quanto às semelhanças e diferenças entre os processos de trabalho de servidores e residentes, os espaços de reflexão e planejamento da Residência foram citados diversas vezes como espaços privilegiados, que auxiliam no exercício da interdisciplinaridade, destacando também a importância de atuar em conjunto com os servidores: “Devido à Residência proporcionar um espaço e um tempo reservado a isso, consigo desenvolver essas ações nos Projetos Integrados, no Momento de Integração, nas reuniões de equipe; mas avalio que as visitas e os grupos tenham uma efetividade maior, por integrar residentes e servidores” (sujeito de pesquisa n. 13).

No entanto, essa avaliação ficou prejudicada pela baixa participação dos residentes na pesquisa (apenas 2 de 8 residentes convidados) e pela ausência de preceptores. Assim como a avaliação das semelhanças e diferenças nos processos de trabalho dos profissionais ESF /

ESB / ECR em relação aos profissionais NASF, que não permanecem 40 horas na unidade, atendendo mais de uma unidade e mantendo vínculo menos próximo com os usuários de cada território. Dos 5 profissionais NASF convidados, apenas 1 participou da pesquisa, tratando-se justamente da médica pediatra que, diferentemente dos outros profissionais NASF, exerce atividades diárias no CS Prainha, permanecendo ali todas as manhãs e atendendo demandas programadas e espontâneas, através de agendamento de consultas e acolhimento.

Podemos dizer, com isso, que uma participação mais representativa de residentes, preceptores da Residência e profissionais NASF teria se traduzido, certamente, em significativo subsídio para o aprofundamento das discussões surgidas ao longo do processo de pesquisa.

Apesar desta dificuldade de adesão que, sabíamos, era um dos riscos da metodologia de coleta de dados via questionário, acreditamos ter alcançado resultados satisfatórios, com a ampliação de nossa visão do tema, a partir das percepções dos profissionais de saúde inseridos no cotidiano de trabalho da APS neste Centro de Saúde. A pesquisa qualitativa e exploratório-descritiva permitiu desvelar a riqueza destas percepções, confrontando as falas dos profissionais com nossa própria compreensão do tema e com a bibliografia utilizada em nossa fundamentação teórica.

Neste sentido, podemos afirmar que algumas das respostas apresentadas expressam uma compreensão mais genérica do tema, muitas vezes convergentes com a bibliografia apresentando, no entanto, um caráter mais teórico e acadêmico; ao descrever as potencialidades, ou possibilidades para o desenvolvimento de ações interdisciplinares no processo de trabalho, um sujeito de pesquisa aponta “o olhar ampliado da concepção de saúde/doença, a prática multiprofissional e multissetorial no cotidiano do serviço, o vínculo com a comunidade, a participação social, a educação em saúde e a promoção da saúde” (sujeito de pesquisa n. 7).

Em contrapartida, outras respostas traduzem uma capacidade bem objetiva de relacionar o conhecimento teórico às vivências concretas do cotidiano. Quando questionado acerca da concepção de interdisciplinaridade, um sujeito de pesquisa descreve: “capacidade de trabalhar com diferentes saberes, de diferentes áreas, com certa harmonia e obtendo resultados melhores do que cada profissional isoladamente” (sujeito de pesquisa n. 8); depois, quando questionado a respeito das potencialidades no processo de trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares, continua: “existência de reuniões, respeito por

este espaço, disponibilidade de horário dos profissionais NASF e Residentes” (sujeito de pesquisa n. 8).

Entretanto, algumas respostas demonstram um claro desconhecimento do significado literal do termo interdisciplinaridade, confundindo-o com termos como disciplina e/ou indisciplina e atenção à saúde. Outras evidenciam uma compreensão ainda superficial do assunto, considerando multiprofissionalidade como sinônimo de interdisciplinaridade, sem diferenciar as noções de multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade. Estas confusões parecem indicar que a reflexão e discussão do tema junto às equipes não têm acontecido de forma satisfatória.

Encontramo-nos, entretanto, também com certas respostas que, numa primeira observação parecem expressar confusão a respeito do tema, mas que, numa análise mais ampla podem, justamente ao contrário disso, traduzir uma percepção clara dos requisitos e resultados da interdisciplinaridade. São respostas que relacionam o tema, mesmo que apenas intuitivamente (ou seja, sem discussão teórica), às questões da integralidade, intersetorialidade, educação em saúde e humanização das condições e relações de trabalho. Expressam uma concepção do processo de saúde-doença e da atenção à saúde que converge com a concepção teórica e política que orienta nossa pesquisa. Uma concepção, conforme procuramos esclarecer em nossa introdução e fundamentação teórica, de que toda a discussão sobre interdisciplinaridade passa, necessariamente, pela consolidação dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, participação social, intersetorialidade.

Quanto aos espaços proporcionados pela organização do processo de trabalho no CS Prainha para o exercício da interdisciplinaridade, concluímos que, embora os gestores (coordenação da unidade, SMS e Ministério da Saúde) venham se preocupando em criar espaços formais de reunião, tais como as reuniões de equipe e de planejamento da unidade, ou espaços como o matriciamento e os Grupos de Educação em Saúde, não têm dado condições de trabalho para que todos participem ou as realizam com regularidade, em função de falta de RH. Com isso, os profissionais não têm tempo de fazer a reflexão acerca das situações vividas no cotidiano de trabalho, repensando e transformando suas práticas a partir destas reflexões e discussões, pois sentem-se pressionados pela necessidade de atender a demanda espontânea (ESF /ESB /ECR) ou pelo número elevado de equipes que necessitam apoiar (NASF).

Caso a dificuldade em manter o RH da unidade completo chegue ao fim, sim, existem possibilidades, pois a sobrecarga de trabalho não atrapalharia a participação dos profissionais nesses espaços. Com a equipe completa, todos

teriam a oportunidade de trabalhar melhor seus tempos para poderem planejar mais, participar mais efetivamente dos grupos, realizar melhor suas visitas com os outros colegas... Enfim, poderiam realmente trabalhar em equipe, acreditando que é possível fazer uma ESF de qualidade (sujeito de pesquisa n. 13).

Apesar disso, reconhecem estes e outros espaços como oportunidades para a busca e o exercício da interdisciplinaridade: reuniões de equipe e de planejamento, matriciamentos, atendimentos conjuntos, visitas domiciliares e acolhimento, grupos de educação em saúde e até conversas informais.

Somando-se às dificuldades estruturais para a participação nos espaços que existem, fizeram-se sentir também as dificuldades relativas à formação e ao perfil profissional dos participantes e seus colegas, voltadas para a atuação individual e a abordagem clínica, resultando em interações em que parece faltar abertura “ao debate, à contribuição e a integração entre as áreas” (sujeito de pesquisa n. 8), devido à “resistência dos próprios profissionais, relutantes em alterar sua forma de atendimento” (sujeito de pesquisa n. 8). Destacaram-se, dentre os limites apontados (que serão discutidos com mais propriedade no TCC da residente Daniela), as questões éticas e de comunicação: “[...] falta de diálogo, comunicação, trabalho de equipe, união, ética profissional [...]” (sujeito de pesquisa n. 10), e a dificuldade de alguns profissionais de ver “o usuário com suas diferenças e peculiaridades” (sujeito de pesquisa n. 2).

Acreditamos ser, portanto, de extrema importância que se repense a lógica da formação profissional na saúde, desde a educação infantil e fundamental, mas na discussão que nos cabe empreender no presente trabalho, mais especificamente na graduação e, principalmente, na pós-graduação. Neste sentido, a proposta das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), como processos de educação permanente em serviço, nos espaços do SUS e voltados para o SUS, apresenta-se como uma alternativa às metodologias tradicionais.

A RMSF tem como objetivo articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população. [...] Fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde, em resposta ao desafio de atuar nas coletividades, visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos do cuidado. Busca não somente o crescimento profissional dos residentes, mas também promover a transformação do serviço de saúde que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p.815-816).



É preciso observar, no entanto, que o crescimento profissional dos residentes fica prejudicado pela pouca disponibilidade de carga horária dos preceptores da SMS e dos tutores da UFSC, limitando sua capacidade de promover a transformação do serviço de saúde que os recebe, e confundindo o processo pedagógico de formação em serviço com a obrigação de garantir a cobertura de serviços a despeito da falta de RH da SMS.

Esta não é uma percepção somente nossa, mas também dos profissionais que convivem com a Residência em seu espaço de trabalho: “Nos faltam servidores, os residentes estão assumindo o papel destes” (sujeito de pesquisa n. 2). E ao assumir esse papel, acabam por perder parte de sua disponibilidade de inovação e transformação, deixando de lado diversas propostas idealizadas com este propósito e apenas iniciadas: “A Residência da UFSC peca feio, porque um aluno não dá continuidade ao trabalho do outro” (sujeito de pesquisa n. 1). Apesar desta crítica, alguns profissionais percebem a confusão de papéis por parte da gestão, e reconhecem o esforço dos residentes: “Parabenizar os residentes, pois acabam assumindo e gerenciando casos, principalmente em microáreas” (sujeito de pesquisa n. 2). Não obstante as dificuldades relativas ao perfil profissional e às estratégias teóricas e políticas da gestão, muitos dos participantes conseguem identificar ações interdisciplinares que realizam no dia-a-dia: trocas de conhecimentos entre profissionais, entre estes e os usuários, ações de planejamento do processo de trabalho e ações coletivas na comunidade. Identificam ainda o valor desta busca pela práxis interdisciplinar:

É um assunto novo, que conheci e tive muito contato dentro da Residência. Isso fez com que meu **trabalho individualmente fosse melhor desenvolvido**, pois pude agregar um pouco de cada universo presente na saúde da família ao meu mundo específico, o que **enriqueceu meu conhecimento e minha capacidade de multiplicá-lo** (sujeito de pesquisa n. 13).

Acreditamos, assim, que a gestão (seja a da unidade local, a distrital, a municipal ou a gestão federal), deveria ocupar-se de forma mais consistente do tema da práxis interdisciplinar nas equipes de saúde, sem a qual sua composição multiprofissional acaba restrita a uma estrutura formal e estática, apresentando práticas fragmentadas e relações verticalizadas e tensionadas. A transformação dessa realidade, cujas raízes já se encontram presentes nas buscas cotidianas das equipes e nas políticas de saúde dos últimos anos, não pode depender unicamente dos profissionais que atuam na assistência, de seu perfil, suas relações interpessoais, e as concepções de interdisciplinaridade que expressam. É preciso que os

gestores se co-responsabilizem, fomentando a educação permanente, garantindo a viabilidade dos espaços já institucionalizados, priorizando-os e valorizando as ações interdisciplinares realizadas.

É preciso que os profissionais NASF atendam menor número de equipes e de CS, a fim de que possam construir vínculos mais consistentes com os outros profissionais e entre si, e atuar verdadeiramente como apoiadores destas equipes. É preciso que os técnicos em enfermagem, lotados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como membros das equipes de ESF, possam de fato participar das reuniões semanais destas equipes, das VDs por elas realizadas, da vigilância em saúde no território, do planejamento semanal, das discussões de caso e construções de PTS, diferentemente do que ocorre atualmente, quando se encontram sobrecarregados com a demanda espontânea, apresentando uma participação estritamente formal: “Está sendo reivindicado [...] aguardo convite” (sujeito de pesquisa n. 14). É preciso que os ACS tenham um vínculo estável com a SMS, sejam adequadamente capacitados para o seu trabalho junto à comunidade e tenham seu trabalho valorizado junto às equipes. É preciso que os preceptores da Residência tenham liberação de uma carga horária adequada para a realização de suas atividades junto aos residentes que, por sua vez, necessitam que seja diminuída sobre a eles a exigência de cobrir a falta de servidores no quadro da SMS e garantir o atendimento das demandas. Por fim, é preciso que os gestores entendam que a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde na APS passa pelo atendimento a estas e outras necessidades que as equipes reivindicam historicamente, pois, do contrário, tal ampliação resultará apenas no comprometimento da qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS, como já vem ocorrendo: “Sim, coordenação que observe e defenda os espaços e momentos, evitando abarrotar agenda com consultas e fazendo cair qualidade de atendimento” (sujeito de pesquisa n. 8).

Percebemos que os profissionais de nível superior apresentaram preocupação em responder de forma mais técnica e/ou científica o questionário, identificando a importância de respostas pertinentes a cada tópico, objetivando facilitar resultados da pesquisa claros e coerentes. Por outro lado, profissionais de nível médio e fundamental usaram vários campos do questionário para expressar queixas e reivindicações em relação à organização do processo de trabalho e às estratégias da gestão (mesmo aqueles campos que não se referiam aos limites encontrados ou às mudanças sugeridas), utilizando a presente pesquisa como um canal de comunicação que parece faltar em seu cotidiano. Embora não seja este nosso papel,

acreditamos que nos cabe, sem sombra de dúvida, destacar essa carência nas relações interinstitucionais, alertando para a necessidade de que a coordenação e os gestores escutem e acolham estes sujeitos.

Sujeitos estes que trouxeram de forma marcante a questão da intersetorialidade, do comprometimento com a comunidade (controle e participação social), e da integralidade: “São vários profissionais trabalhando com integralidade” (sujeito de pesquisa n. 1). O que nos remete à nossa visão e contextualização do tema apresentadas na introdução deste trabalho, que relacionam de forma inevitável a interdisciplinaridade e os princípios do SUS:

Uma condição essencial para a integralidade é a atuação interdisciplinar das equipes de saúde: cotidianamente se apresentam nas unidades de saúde e territórios das equipes de APS situações cuja complexidade exige a intervenção coordenada de profissionais de diversas disciplinas (BRASIL, 2007, p. 43).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007, p. 22).

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2007, p. 22).

E para além da consolidação do SUS, na qual acreditamos e pela qual lutamos em nosso cotidiano de trabalho, carregamos ainda a percepção de que a consolidação destes princípios não será alcançada sem a transformação da sociedade capitalista, rumo ao socialismo.

Enfatiza Morin (2000, p. 43): “a inteligência parcelada, compartimentada, mecanicista, disjuntiva e reducionista rompe o complexo do mundo em fragmentos disjuntos, fraciona os problemas, separa o que está unido, torna unidimensional o multidimensional”.

## 6. REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. In.: **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):829-839, 2009.

BARBOSA, Regina Helena Simões. A “Teoria da Práxis”: retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. In. **Trabalho, Educação, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 9-26, mar./jun.2010.

BOTTOMORE, Tom (org). **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro. Zahar. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família: Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Ensino Médio**. Ministério da Educação. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. 1986, 21 p.

\_\_\_\_\_. MEC. Escola de Gestores da Educação Básica. **Práxis**. Não publicado. S/a. Disponível em: <http://moodle3.mec.gov.br/ufms/file.php/1/gestores/vivencial/pdf/praxis.pdf>. Acessado em 06/12/2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE; Onocko R, organizadores. **Agir em equipes de saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 229-265.

DENTI, Irany Achilles. **Programa de Saúde da Família: da proposta à execução, um desafio para a reestruturação do serviço de saúde**. 2000. 146 f. (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta de Fátima Senna; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadell; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy (orgs). **A construção do SUS; histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 4 ed. Campinas: Papirus, 1999.

FOLLARI, Roberto. Algumas considerações práticas sobre interdisciplinaridade. In.: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio. ( Orgs.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1995. 3ª ed, p. 97-110.

FORTES, Clarissa Corrêa. (UFSM). Interdisciplinaridade: origem, conceito e valor. In.: **Revista Acadêmica Senac On-line**, ed. n. 6, set-nov. 2009. MG, Senac Minas. Disponível em: <http://www3.mg.senac.br/Revistasenac/edicoes/Edicao6.htm>. Acessado em 06/12/2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Denise C.R. (org.). **Equipe de saúde: o desafio da integração**. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 1997.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio e Janeiro: Imago, 1976.

LOCH-NECKEL et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1):1463-1472, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. **Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV** [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Rev. Saude e Sociedade**, dez 2010, vol.19, n.4, p.814-827.

PAIM, Jairnilson. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. In.: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade** [tese] / Magda Duarte dos Anjos Scherer. – Florianópolis: UFSC/PEN, 2006. 232 p.; il.

SILVA, Juliana Catarine Barbosa da. **Entre (des) encontros, tensões e possibilidades : Reforma Psiquiátrica e trabalho em equipe na cidade do Recife**. Recife: O Autor, 2010. 137 folhas : il.

VALENTIM, Marta. **Métodos de pesquisa: técnicas de coleta de dados**. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Filosofia e Ciências – Campus de Marília. Departamento de Ciência da Informação. Marília, SP: 2008. Apresentação inédita.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: ROSA, Lúcia Cristina dos Santos, PEREIRA (org.), Ivana Carla Gascia, BISNETO (org.), José Augusto, VASCONCELOS (org.), Eduardo Mourão (org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002, p. 35-67.

ZANETTI, Tatiele Galli. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de Saúde da Família: um estudo de caso. In.: **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. 2010 Jul/Set; 9(3):448-455.

ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. **Desafios à psicologia na instituição de saúde**. Psicologia: Ciência Profissão 1994; 13:16-21.

## **7. APÊNDICES**

### **7.1. APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO**

**QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO**



## IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome (opcional):

(Seu nome não será utilizado em nenhuma etapa da pesquisa. Somente as pesquisadoras terão acesso a ele, a fim de poder identificar seu questionário, caso alguma de suas respostas esteja ilegível e necessite de esclarecimento posterior).

1.2 Idade:

1.3 Profissão:

1.4 Sexo: ( ) F ( ) M

1.5 Nível de escolaridade:

- ( ) Ensino Fundamental Incompleto
- ( ) Ensino Fundamental Completo
- ( ) Ensino Médio Incompleto
- ( ) Ensino Médio Completo
- ( ) Ensino Superior Incompleto
- ( ) Ensino Superior Completo
- ( ) Pós Graduação/Especialização não-especificada
- ( ) Especialização em Saúde da Família
- ( ) Residência em Saúde da Família

1.6 Cargo/Função no CS Prinha:

---

1.7 Vínculo laboral:

Concursado ( )      Contratado Temporário ( )      Terceirizado ( )  
 Residente-R1 ( )      Residente R2 ( )

1.8 Há quanto tempo você trabalha na área de Atenção à Saúde, em geral?

---

1.9 Há quanto tempo você trabalha na área de Atenção à Saúde da Família?

---

1.10 Há quanto tempo você trabalha na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis?

---

1.11 Há quanto tempo trabalha no Centro de Saúde da Prinha?

---

## 2. Interdisciplinaridade

2.1 O que significa para você a interdisciplinaridade?

---



---



---

2.2 Tente escrever um pouco sobre o que você pensa a respeito deste assunto (sobre o que é a interdisciplinaridade na Atenção à Saúde, especialmente na Atenção à Saúde da Família).

---



---



---

2.3 No seu dia-a-dia de trabalho, na forma como ele se organiza no CS Prainha, existem espaços, momentos, oportunidades para você e seus colegas desenvolverem ações interdisciplinares?

( ) sim ( ) não

2.4 Se você respondeu que estes espaços existem, descreva agora que espaços são esses.

---



---



---



---

2.5 Estes espaços ocorrem:

Diariamente ( ) Semanalmente ( )

Mensalmente ( ) Menos do que 1 vez por mês ( )

2.6 Assinale os espaços ou atividades dos quais você participa e que, no seu entendimento, possibilitam o desenvolvimento de ações interdisciplinares:

Espaços/Atividades	Observações
Reuniões de Equipe ( )	
Matriciamento ( )	
Reuniões de Planejamento da Unidade ( )	
Visitas Domiciliares ( )	
Interconsultas ( )	
Grupos de Educação em Saúde ( )	

2.7 Você identifica outros espaços ou atividades que possibilitam o desenvolvimento de ações interdisciplinares, além daqueles já indicados no quadro acima? Caso identifique, descreva quais são.

---



---



---

2.8 Agora que já falamos sobre os espaços que você identifica que possibilitam o desenvolvimento de ações interdisciplinares, descreva quais são as ações interdisciplinares que você consegue desenvolver junto com seus colegas.

---



---



---



---

### 3. Os limites e possibilidades que você encontra no cotidiano de trabalho

Depois de ter refletido sobre:

- a forma como se organiza o trabalho no CS Prainha;
- os espaços que existem que possibilitam o desenvolvimento de ações interdisciplinares;
- as ações interdisciplinares que você percebe que realiza junto com seus colegas;

3.1 Quais são os limites (dificuldades) que existem no processo de trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares:

---



---



---



---

3.2 Quais são as possibilidades (facilidades, potencialidades) que existem no processo de trabalho para o desenvolvimento de ações interdisciplinares?

---



---



---



---

3.3 Na sua opinião, existem mudanças na forma de organizar o trabalho no CS Prainha que poderiam ajudar na realização de ações interdisciplinares? Se você acha que sim, fale um pouco sobre elas, explique seu ponto de vista.

---



---



---



---

**Observações finais:**

Se você acredita que existe ainda alguma observação importante que deve fazer sobre o assunto da pesquisa, e que não foi contemplada em nenhuma das perguntas anteriores, use este espaço para isso.

---



---



---



---

Agradecemos imensamente sua participação!

Relembramos que ela deve ser totalmente voluntária, e garantimos que sua identidade será mantida em absoluto sigilo, em todas as fases da pesquisa, incluindo sua divulgação em publicações e eventos científicos. Esclarecemos que você tem o direito de recusar a participação ou de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isto tenha qualquer consequência para você.

Por favor, coloque seu questionário preenchido na caixa coletora, conforme orientação, ou entregue a uma das pesquisadoras.

Atenciosamente,

---

Ana Isabel de Godoy Ferreira (Enfermeira Residente)

---

Daniela Cristina Pereira (Assistente Social Residente)

---

Keli Regina Dal Prá (Professora Dra. Orientadora)

**7.2. APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(TCLE)**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título da Pesquisa: Interdisciplinaridade no processo de trabalho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.**

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado, forneço meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) da pesquisa de trabalho de conclusão de curso, sob a responsabilidade das residentes Ana Isabel de Godoy Ferreira e Daniela Cristina Pereira da Universidade Federal de Santa Catarina, e da Professora Doutora Keli Regina Dal Prá, orientadora da pesquisa.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

- 1) O objetivo principal da pesquisa é discutir como a composição multiprofissional possibilita uma prática interdisciplinar na Atenção Primária em Saúde;
- 2) Tenho a liberdade de recusar a participar da pesquisa em qualquer fase, sem qualquer prejuízo a minha pessoa;
- 3) Os dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo e os resultados obtidos com a pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluindo a publicação na literatura científica especializada;
- 4) Não terei benefícios diretos participando deste trabalho, mas estarei contribuindo para a produção de conhecimento científico que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade.
- 5) Os registros escritos e gravados permanecerão em poder do pesquisador e não serão divulgados na íntegra;
- 6) Poderei entrar em contato com os pesquisadores sempre que julgar necessário. Com as Residentes Ana Isabel de Godoy Ferreira e Daniela Cristina Pereira, pelos telefones (48) 9649-1101 e 9909-1849, respectivamente, ou com a professora Keli Regina Dal Prá, pelo telefone (48) 9977-8601.
- 7) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 8) Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, de maneira que uma permanecerá em meu poder e a outra com os pesquisadores responsáveis.

Cidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ de 2013.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador